Aus der Universitäts-Nervenklinik in Marburg (Lahn)
Direktor: Professor Dr. med. H. Jacob

Über das Vorkommen psycho- oder somatotraumatischer Krankheitsauslösung im Rahmen neurologisch-psychiatrischer Erkrankungen

(KATAGENESE)

INAUGURAL - DISSERTATION
zur Erlangung des Doktorgrades
der gesamten Medizin der Hohen Medizinischen Fakultät
der Philipps - Universität zu Marburg

vorgelegt von

Magdalene Welter

aus Solingen

Marburg 1968

Kleinoffsetdruck: Görich & Weiershäuser, Marburg

Aus der Universitäts-Nervenklinik in Marburg (Lahn)
Direktor: Professor Dr. med. H. Jacob

Über das Vorkommen psycho- oder somatotraumatischer Krankheitsauslösung im Rahmen neurologisch-psychiatrischer Erkrankungen

(KATAGENESE)

INAUGURAL - DISSERTATION
zur Erlangung des Doktorgrades
der gesamten Medizin der Hohen Medizinischen Fakultät
der Philipps - Universität zu Marburg

vorgelegt von

Magdalene Welter

aus Solingen

Marburg 1968

Kleinoffsetdruck: Görich & Weiershäuser, Marburg

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

Angenommen von der Medizinischen Fakultät
der Universität Marburg am 30.4.1968.
Gedruckt mit Genehmigung der Fakultät
Dekan: Prof. Dr.med. R. Siegert
Referent: Prof. Dr.med. U. Spiegelberg
Correferent: Prof. Dr.med. H. Jacob

Gedruckt mit Unterstützung des Marburger Universitätsbundes e.V.

INHALTSVERZEICHNIS

A. Allgemeines	Seite
I. Einleitende Bemerkungen	1
II. Über Wandlungen des Problems der Krankheitsentstehung bzw. -auslösung in der Medizingeschichte	6
III. Fragestellung, klin. Ansatz	20
IV. Allgemein literarischer Ansatz	24
B. Eigene Untersuchungen	
I. Methode, Material	32
II. Zahlenmäßiges Ergebnis	39
III. Die Fälle	44
IV. Ergebnis der Untersuchungen, Diskussion	87
C. Literaturreferat	
I. Arbeiten zu inneren und psychosomatischen Krankheiten	97
II. Arbeiten zu endogenen Psychosen	109
III. Arbeiten zu neurologischen Erkrankungen	124
D. Deutung, Ausblick	133
E. Zusammenfassung	136
Literaturverzeichnis	I - VIII

A. Allgemeines

I. Einleitende Bemerkungen

Der Begriff der KATAGENESE ist neu und hypothetisch. Er wurde geprägt von J.J. LOPEZ IBOR und von ihm in "PSYCHIATRIE DER GEGENWART " (1963) im Rahmen seiner Ausführungen über die "PSYCHOSOMATISCHE FORSCHUNG" in das Fachschrifttum eingeführt.

Dem Begriff der KATAGENESE liegt zugrunde das Problem der PSYCHOGENESE. Als psychogen werden gemäß einer Definition von BIRNBAUM im Handwörterbuch der Medizinischen Psychologie (1930) . . "abnorme Rückwirkungen auf psychische Reizeinflüsse" bezeichnet. "Die Auswirkungen erfolgen im körperlichen wie psychischen Funktionsgebiet und sind grundsätzlich funktioneller Art im Sinne ausgleichbarer Abweichungen des Betriebes." (zit. von SPIEGELBERG in "Zum Problem der Psychogenie", 1962). BINDER grenzt die Psychogenien . . "als vorwiegend erworbene, durch außergewöhnliche Milieureize hervorgerufene Reaktionen und Entwicklungen von den psychopathischen Dauerzuständen ab" (SPIEGELBERG, 1962).

In einem umfangreichen in- und ausländischen Schrifttum ist bisher das Problem der Psychogenese organ- und psychopathologischer Phänomene eingehend erörtert worden. SPIEGELBERG (1962) schreibt, daß auch außerhalb des Gebietes der Neurosen und psychosomatischen Krankheiten dem Psychopathologen psychogene bzw. neurotische Reaktionsformen noch so zahlreich begegnen, daß erweiterte oder sogar generelle theoretische und praktisch therapeutische Ansätze im Hinblick auf psychische Verursachungen von Organkrankheiten, medizinischen Allgemeinleiden und endogenen Psychosen gewonnen werden konnten. (V.v. WEIZSÄCKER, JORES, NUNBERG, SCHULTZ-HENCKE u.a.).-SCHWIDDER (1966) spricht von dem Beitrag vieler Forscher und Kliniker wie ALKAN, J.H. SCHULTZ, v. UEXKÜLL, KÜTEMEYER, BOSS, MITSCHERLICH u.v.a. zu dem Nachweis, daß anatomisch faßbare körper-

liche Befunde das Endglied eines primär-psychogen veränderten Funktionszustandes sein können. Die moderne Medizin könne sich der Erkenntnis gegenüber nicht verschließen, daß eine vollständige Erfassung der Lebensvorgänge im menschlichen Organismus nur unter Einbeziehung des Psychischen möglich sei. Die körperlich-seelische Einheit des gesunden und des kranken Menschen sei zu einer anerkannten Erfahrungstatsache geworden.

In der Erforschung der Reichweite des Psychischen für körperliche Krankheiten sind in der psychosomatischen Medizin bisher vielfältige Hypothesen aller nur erdenklichen Möglichkeiten des Leib-Seele-Problems diskutiert worden, angefangen von der schlichten, mehr allgemeinen "Mitwirkung" des Psychischen beim Zustandekommen körperlicher Krankheiten . . "bis zur v.WEIZSÄCKER'SCHEN Hypothese des ausnahmslosen und grundsätzlichen Beginns jeder nur vorstellbaren leiblichen Krankheit in der Psyche. ."(WEITBRECHT, 1963), dazu seiner Hypothese vom "Selbermachen" jeder Krankheit bis zu der Feststellung von JORES, daß in Krankheit und Tod selbstzerstörerische Tendenzen, ja ein Todestrieb zum Zuge käme - eine in der Entdeckung der Autoaggressionskrankheiten tief problematisch anmutende These.

Trotz umfangreicher Bemühungen und erheblicher experimenteller Fortschritte auf psycho- und neurophysiologischen, morphologisch-pathologischen und histochemischen Gebieten ist es jedoch bis heute nicht gelungen, die letzten Umsetzungsmechanismen seelischen Geschehens in körperliche Abläufe zu erfassen. "Das auch von uns mit K.SCHNEIDER, BRUN u.v.a. dem metaphysischen Bereich zugewiesene "Wie" seelisch-leiblicher Zuordnungen erscheint in monistischer und dualistischer Sicht in gleicher Weise rätselhaft, magisch und anziehend. Und dies in unvermindertem Ausmaß bei einer einfachen Willkürbewegung, einer febrilen Hyperkinese, einer psychogen-neurotischen Impotenz oder psychosomatischen Organ-

veränderungen"(SPIEGELBERG). "Wie es geschieht, ist zum Teil in neurologischen und physiologischen Gliedern aufzeigbar, aber der letzte Akt der Umsetzung seelischer Absicht in körperliches Geschehen ist so unzugänglich und unbegreiflich wie Magie, aber es ist eine faktische, nicht illusionäre Magie" (JASPERS, zit. v. SPIEGELBERG in "Zum Problem der Psychogenie,"1962).

LOPEZ IBOR (1963) bezeichnet das Studium der Psychogenese in der psychosomatischen Medizin als entscheidend und nennt das Problem zwischen Soma und Psyche "das KERNPROBLEM der psychosomatischen Medizin". Er bemerkt, daß es vielleicht ein Irrtum sei, die psychosomatische Pathologie als ein metaphysisches Problem darzustellen, da sie von einer klinischen Wirklichkeit ausgehe. Es sei immerhin der Mühe wert zu versuchen, sich ihr auf so vielen Ebenen als möglich zu nähern. Der dunkle und schwierige Punkt im Problem der psychosomatischen Wechselbeziehungen befinde sich immer in jenem mysteriösen Augenblick, in dem sich das Denken in einen Reflex verwandele oder umgekehrt, im Sprung der Materie zum Geist oder des Geistes zur Materie. Nach seiner Auffassung spielt sich die Übertragung des Psychischen auf das Somatische nicht auf der gleichen Ebene ab; es handele sich um einen Schritt von einer Seinsschicht in die andere, in der andere Gesetze regieren. Das Wort "Psychogenese" habe oft zu der irrtümlichen Annahme geführt, daß das, was psychisch hervorgebracht wird, durch die eine oder andere Form der Psychotherapie rückgängig gemacht werden könne, d.h. daß das in der Konversionsreaktion Verwandelte rückverwandelbar sei.

Nach der klinischen Erfahrung kämen jedoch Krankheiten zur Beobachtung, die, durch einen psychologischen Faktor ausgelöst, nicht reversibel seien. Ausgehend von dem bekannten Phänomen der Provokation einer Krankheit durch einen psychischen Schock beschreibt er zwei Fälle einer anderen, spezifischeren Auslösung:

1. "Als Beispiel der Fall einer Frau, die einer Kriegsgerichtsverhandlung gegen ihren Mann beiwohnt. In dem Augenblick, als das Todesurteil gegen ihn ausgesprochen wird, wendet sie mit einer Geste des Schreckens den Kopf, sich vom Tribunal ab und dem Angeklagten zukehrend, wie um sie nicht mehr zu sehen. Seitdem besteht ein Tick, über dessen psychogenen Ursprung scheinbar kein Zweifel möglich war. Die Zweifel entstanden, als der Tick einige Monate später sich in einen Torsionsspasmus verwandelte."

2. "In einem anderen Falle handelt es sich um die vierzigjährige Frau eines Angestellten, der im normalen Verlauf seines Berufes von B. nach M. versetzt wurde. Die Versetzung war nicht nach dem Geschmack der Frau. Sie war in B. geboren, ihr Vater lebte dort usw. . In dem Moment, als sie die Griffstange faßte, um in den Zug einzusteigen, bemerkte sie ein Ameisenlaufen in der Hand. Während der nächtlichen Reise dehnte sich dieses Kribbeln auf den ganzen Arm aus, den sie zudem nur schwer bewegen konnte. Am darauffolgenden Tage machte sich eine leichte Gangstörung bemerkbar. Fünf Tage später war das Bild einer akuten multiplen Sklerose komplett. Die Kranke starb nach zehn Tagen an Atemlähmung".

Die auslösende Gemütsbewegung und das Symptom stehen hier zunächst in einer s y m b o l i s c h e n Beziehung; jedoch folgt die einmal ausgelöste Störung ihrem Lauf, unabhängig von dem sie auslösenden psychischen Trauma.

LOPEZ IBOR stellt fest, daß Fälle wie diese beweisen, daß eine Krankheit trotz ihrer zunächst symbolischen Beziehung sich als rein organische entwickeln kann. Dies komme auch mit besonderer Häufigkeit bei psychosomatischen Krankheiten, z.B. Asthma bronchiale,vor. Jedoch die Abklärung aller bewußten und unbewußten Traumen der auslösenden Situation . . "genügen nicht, um die Störung rückgängig zu machen, sondern

diese besteht fort und hat sich verselbständigt. Diesen besonderen Typ der psychischen Tätigkeit möchte ich K a t a g e n e s e (im Orig. nicht gesperrt) statt Psychogenese nennen" (LOPEZ IBOR).

II. Über Wandlungen des Problems der Krankheitsentstehung bzw. -auslösung in der Medizingeschichte.

"Seit Menschen auf dieser Erde leben und sterben, begleiten sie auf ihrem Weg Krankheit und Leiden, und es ist nur natürlich, daß sich die besten Köpfe aller Zeiten Gedanken über ihre Entstehung gemacht haben, schon allein deswegen, um sie zu verhüten und bekämpfen zu können." (HAMPERL)

So sind Krankheit und Tod so alt wie die Menschheit selbst. In der Schöpfungsgeschichte heißt es:" Du sollst essen von allerlei Bäumen im Garten; aber vom Baum der Erkenntnis des Guten und Bösen sollst Du nicht essen, denn welches Tages du davon essen wirst, wirst du des Todes sterben."

Das ist ein Verbot, ein Tabu, das erste der Menschheitsgeschichte.

HOFSTÄTTER (1963) sagt:" Das Paradies der Bibel ist nicht nur "Natur", sondern Kultur mit Hinordnung zum Schöpfer und mit einem Tabu, an dessen Verletzung sich die Idee des Todes knüpft . . . Vom Baum der Erkenntnis zu essen bedeutet Tod und Sterblichkeit an sich. Wo Tabu-Charaktere bestehen, bedeutet deren Verletzung stets Tod oder zumindest schwere Krankheit; sie bedeutet dies auch nicht nur, sondern zieht Krankheit und Tod höchst wirklich nach sich." - Der Tod ist der Sünde Sold.

Wenn die CHRISTIAN SCIENCE im 20. Jahrhundert lehrt, daß die Krankheit . . "nicht nur von einer äußeren Ursache, sondern von dem Abfall des Menschen von Gott" . . komme (v.WEIZSÄCKER), so ist diese Lehre uralt. Wir begegnen ihr in der Welt der alten Kulturen. Sie wird später im Mittelalter über das Judentum vom Christentum übernommen.

Die Krankheit wird als ein böser Dämon vom erzürnten Gott, von Geistern oder Göttern gesandt, die durch Tabuverletzungen beleidigt worden sind. Da die Ursache der Krankheit die Verfehlung, die Sünde ist, besteht die Diagnostik der Ärzte-Magier oder Priester wie die späteren mittelalterlichen Priesterärzte des Abendlandes - in der Aufdeckung dieser Sünde. "In schwierigen Fällen verliest der Priester eine lange Liste möglicher Sünden, damit der Patient hiervon seine Sünde wählen kann, von der er seine Krankheit verursacht glaubt"(ACKERKNECHT). - Die Sünde ruft einen Zustand der Unreinheit hervor.- In den alten Kulturen zwischen Euphrat und Tigris sind alle vier Begriffe, Krankheit, Sünde, Bestrafung der Sünde und Unreinheit so nahe verwandt, daß sie gelegentlich durch das gleiche Wort ausgedrückt werden.

Die Therapie besteht primär in der Versöhnung der erzürnten Gottheit. Gott selber muß versühnt werden durch Gebet und Opfer. "So ist Krankheit nichts anderes als Trennung von Gott und verlorene Verbindung gewesen und es konnte kein anderer Weg zum Heil sein, als in die geöffneten Arme des Gottes zu fallen" (E.KÄSTNER, 1957).

Die alte griechische Medizin (500 v.Chr.-500 n.Chr.) . . "steht der modernen Medizin unvergleichlich näher als eine andere historische Form der Medizin" (ACKERKNECHT). In der Lehre der Humoralpathologie führen die Störungen der Säfte zur Krankheit, oder aber die Störungen des "pneuma", einer mysteriösen Substanz, die in modernen Ausdrücken irgend etwas von Sauerstoff bis zur Seele bedeuten könnte. Die Krankheiten werden wohl den Menschen von den Göttern gesandt, jedoch nicht - wie in der Welt der Primitiven - als übernatürliche Erscheinung auf irgendeine magische Art in den Körper gehext, sondern gesandt als Schicksal, in ihrem Wesen selbst betrachtet von einem rationalen, naturalistischen und wissenschaftlichen Gesichtspunkt.

Die griechischen Ärzte, stolz auf ihr Freisein von magischen Vorstellungen, behandelten selbst die Geisteskrankheiten, von denen sie Melancholie, Manie und das Fieberdelirium kannten, als rein körperliche Erscheinungen. Der Name des HIPPOKRATES (460-377 v.Chr.) - des "Vaters der Medizin" - wird zum Symbol der ersten schöpferischen Periode der griechischen Medizin. Alle hippokratischen Bücher betonen trotz mancher Widersprüche den naturalistischen Standpunkt, wie er in dem Buch "Über die Heilige Krankheit", die Epilepsie, zum Ausdruck kommt:" Mit der sogenannten Heiligen Krankheit verhält es sich folgendermaßen. Sie scheint mir in keiner Beziehung einen mehr göttlichen Ursprung zu haben als die übrigen Krankheiten, auch nicht heiliger zu sein, sondern dieselbe Beschaffenheit zu besitzen, aus welcher heraus sie sich entwickelt, wie die übrigen Krankheiten. Die Menschen aber haben infolge ihrer Unerfahrenheit und Verwunderung geglaubt, ihre Beschaffenheit wie ihre Veranlassung seien etwas Göttliches, weil sie in keinem Punkte den anderen Krankheiten gleicht" (zit. v. ACKERKNECHT nach HIPPOKRATES, Sämtl. Werke, München 1895, Bd. II, S. 546).

Von entscheidender Bedeutung für die griechische Medizin ist der wechselseitige Einfluß von Philosophie und Medizin. Die bruchstückhaft überlieferten Vorstellungen der frühen griechischen Philosophen erwecken den Eindruck, daß diese spekulativen Wissenschaftler vor allem ein Grundelement zu finden suchten, aus dem die Funktionen der materiellen Welt zu erklären wären. THALES VON MILET (639-544 v.Chr.) betrachtet die Feuchtigkeit als fundamentales Element, ANAXIMENES VON MILET (570-500 v.Chr.) schreibt diese Rolle der Luft zu, HERAKLIT VON EPHESUS (556-460 v.Chr.) wählt das Feuer, PYTHAGORAS VON SAMOS (580-489 v.Chr.) überschreitet Philosophie und Wissenschaft in Richtung auf Mystizismus und Religion. EMPEDOKLES VON AGRIGENT (504-433 v.Chr.) entwickelt eine Theorie, die das eine fundamentale Element der frühen Philosophen durch vier ersetzt: Feuer, Wasser, Luft und Erde. Er identifiziert die vier Grundelemente weiter mit den vier

Körpersäften: Blut, Schleim, gelbe und schwarze Galle. Die vier Säfte entspringen in Herz, Gehirn, Leber und Milz. Diese Theorie wird durch Aufnahme in die hippokratischen Schriften und Weiterentwicklung durch ARISTOTELES und GALEN zur beherrschenden medizinischen Theorie der folgenden Jahrhunderte und des Mittelalters.

Von einiger Bedeutung für das spätere abendländische Denken werden die Lehren PLATONS (427-347 v.Chr.) und ARISTOTELES (384-322 v.Chr.). Nach PLATONS Lehre von den drei Seelen ist der Körper für die erste, die geistige Seele, nur ein Gefängnis, aus dem sie erst im Tode frei wird. Die beiden anderen Seelen gehören jedoch fest zum Körper, beleben ihn und hören im Tode mit ihm auf zu existieren. ARISTOTELES, " der philosophische Lehrer für zwei Jahrtausende" (WINDELBAND), versucht, das Problem der Verknüpfung von Leib und Seele in seiner Materie-Form-Lehre zu ergründen. Danach verhält sich die Seele zum Leib wie das Siegel zum Wachs; die Seele ist das wirkende und gestaltende Lebensprinzip; Leib und Seele sind wesenhaft füreinander bestimmt. Der Körper wird beseelt und dadurch zum menschlichen Leib.

Wenn später der Philosoph der Scholastik THOMAS VON AQUINO (1225-1274) die beiden Sätze prägt:" Anima forma corporis," und " anima est, id quo vivimus, sentimus, intelligimus primo ", so führt er damit die Lehren des ARISTOTELES in das abendländische Denken ein.

Die MEDIZIN DES MITTELALTERS steht dem Problem gegenüber, die heidnischen Traditionen der eindringenden Barbaren mit den klassischen Traditionen des erloschenen Kaiserreichs und mit der christlichen Religion zu verbinden. Sie weist daher Elemente aus allen drei Quellen auf.

In den frühmittelalterlichen medizinischen Texten aus heid-

nischen und christlichen Quellen finden sich religiöse und magische Krankheitsvorstellungen. Die therapeutischen Formeln gleichen heidnischen Zaubersprüchen, in denen die Namen der Naturgeister oft nur durch die Namen der Heiligen ersetzt werden. Die Medizin kehrt in die Hände der Priester zurück. "In dem allgemeinen Zusammenbruch der Zivilisation waren die Zeiger der Zeit um mehr als tausend Jahre zurückgedreht"(ACKERKNECHT). Das Christentum betont sein Interesse an der unsterblichen Seele, dem die Beschäftigung mit den körperlichen Krankheiten wenig gilt. Krankheit ist entweder Strafe für Sünden, Besessenheit durch den Teufel oder Folge von Hexerei; die Therapie Gebet und Buße. Unter diesen Voraussetzungen wird jede Heilung letztlich als Wunder angesehen.

Einige Mönchsärzte wie HRABANUS MAURUS und STRABO suchen nach einem Kompromiß zwischen dieser und einer naturalistischen Auffassung, die sich am besten in den Lehren der Hl. HILDEGARD VON BINGEN, einer Äbtissin des 12. Jahrhunderts, zeigt: Danach ist es wichtig, . . "den kranken Körper physisch zu stärken, damit er den Attacken des Teufels und seiner Gehilfen besser widerstehen könne"(ACKERKNECHT).

Die RENAISSANCE bringt den Umschwung zur Neuzeit, auch in der Medizin. Durch ihre enge Verbindung mit der Kunst rückt die reale Betrachtung des menschlichen Körpers in den Vordergrund. Das Buch ANTONIO BENIVIENIS (1448-15o2) über die "verborgenen Krankheitsursachen" ist einer der ersten Versuche, eine enge Verbindung zwischen Obduktionsbefunden und klinischen Beobachtungen am Lebenden zu schaffen. FRACASTORIUS aus VERONA stellt in seinem im Jahre 1546 geschriebenen Buch die erste folgerichtige wissenschaftliche Theorie von übertragbaren Krankheiten auf. Er schließt aus seinen Beobachtungen und den Beschreibungen anderer, daß die epidemischen Krankheiten durch kleine Keime, die die Kraft besitzen, sich im Körper des Kranken zu vermehren, hervorgerufen werden und unterstreicht die Wichtigkeit der frühzeitigen Zerstörung

des Keimes.

Da die RENAISSANCE jedoch eine Zeit der Herauslösung aus alten Ordnungen ist, steht sie naturgemäß noch voller Widersprüche; so auch die Medizin. Neben realem, naturwissenschaftlichem Denken steht tiefster Aberglaube. Die Hexenjagd findet erst in und nach der Renaissance ihre weiteste Verbreitung. Erst JOHANN WEYER (gest.1588) macht die mutige Feststellung, daß die unglücklichen Hexen nicht Verbündete des Teufels seien, sondern Fälle von Geisteskrankheit.

Auch THEOPHRASTUS BOMBASTUS VON HOHENHEIM (1493-1541), genannt PARACELSUS, steht mit seinen Lehren an dieser Wende der Zeit. Seine Doktrin der Signaturen, die z.B. lehrt, daß eine gelbe Pflanze Gelbsucht heilt, ist magisch und findet sich wieder in der primitiven Medizin. Er glaubt an ein mysteriöses Lebensprinzip, das er "Archäus" nennt; seine Vorstellung vom Menschen als Mikrokosmos, der den Makrokosmos des Universums wiedergibt, ist eine Auffassung, die sich bereits bei den alten HINDUS findet.- Jedoch entwickelt er als erster eine Vorstellung von Stoffwechselkrankheiten, zu denen er z.B. die Gicht zählt. Daneben stellt er eine Theorie der Krankheitsentstehung durch "Samen" auf. Auch er studiert die Rolle der "Imagination", der man als psychologischen Faktor in dieser Zeit sowohl bei der Entstehung als auch Heilung vieler Krankheiten Bedeutung zuerkennt. PARACELSUS vertritt die Auffassung, daß der Geist wohl primär Krankheiten erzeugen könne: Der Geist bringe durch Gedanken und Willen das Wort hervor, und dieses wirke so gewaltig über den eigenen Körper oder den eines anderen Menschen, dem man Böses wünsche, daß er krank werde. In seinem Werk "ENS SPIRITUALE" empfiehlt er, bei diesen Krankheiten nicht den Leib, sondern den Geist "zu arzneyen", da dieser es sei, der da krank liege.

In der kurzen Übergangszeit des Barock bleibt dann die paracelsische Auffassung, daß der Geist primär die Krankheiten

verursache, vorherrschend. "Der Geist als Essenz ist Grund der Krankheit, nicht der Krankheitsstoff, das Säftegemisch, wie es die alte Humoralpathologie lehre"(LEIBBRAND).

Im 17. JAHRHUNDERT, in dem PHYSIK und CHEMIE ihre ersten großen Erfolge feiern, nimmt das moderne naturwissenschaftliche Denken seinen Anfang. In der MEDIZIN bilden sich die beiden Richtungen der JATROCHEMIKER und JATROPHYSIKER heraus - alle physiologischen und pathologischen Erscheinungen rein chemisch oder rein physikalisch erklärend. DESCARTES (1596-1650) spricht von den animalischen Leibern als den in wissenschaftlicher Hinsicht " kompliziertesten Automaten." In der PHILOSOPHIE wird der Gegenstand der wahren Naturerkenntnis nur das quantitativ Bestimmbare, die Mathematik die einzig sichere Methode der Erkenntnis. "Der Begriff der Seele als Lebenskraft geht seiner völligen Zersetzung entgegen(WINDELBAND).

Doch während DESCARTES noch der Seele einen gewissen Primat über den Leib zuspricht und zwischen beiden eine Möglichkeit der Wechselwirkung sieht, erkennen seine Schüler die Herrschaft der Seele nicht mehr an. Die Anhänger SPINOZAS (1632-1677), vor allem die Ärzte und Naturforscher unter ihnen wie BOERHAVE in LEYDEN, neigen zu der Vorstellung, die in der Materie das Primäre sieht.

Jedoch kommen im Laufe der Zeit bei manchen Ärzten Zweifel darüber auf, das Leben rein chemisch-physikalisch zu erklären. Durch die vitalistische Theorie des HALLENSER Professors GEORG ERNST STAHL (1660-1734) erhält die Seele wieder eine große Bedeutung für das biologische Geschehen. Er macht letztlich die unsterbliche Seele für alle normalen und krankhaften Vorgänge im menschlichen Körper verantwortlich. Seine Theorie entspringt zum großen Teil . . "seiner ärztlichen Erfahrung und der richtigen Beobachtung, wie oft körperliche Vorgänge von seelischen Affekten abhängig sind, Angst und Durchfall, Sorge

und Herzkrankheiten zusammen kommen."Den Krankheitsvorgang selbst stellt er sich rein körperlich vor, . . . " aber er erwies sich, . . . entsprechend seinem großen Interesse an der Seele des Menschen, als ein wichtiger Förderer der Lehre vom Unbewußten und als guter Psychotherapeut"(DIEPGEN)

Im 18. JAHRHUNDERT gründet WILLIAM CULLEN aus EDINBURGH (1712-1790) auf der Annahme, daß das Grundprinzip von Leben und Krankheit eine "nervöse Kraft" sei, ein medizinisches System, aus welchem sein Schüler, JOHN BROWN (1735-1788), seine "Reizlehre" entwickelt. Jede Krankheit ist nach BROWN entweder "sthenia", d.h. Überreizung oder "asthenia", d.h. die Unfähigkeit, auf Reize zu reagieren. Der Reiz ist also das auslösende, wichtige Agens. Er stellt äußere Reize wie Wärme, Luft und Nahrung inneren Reizen wie"Muskelkontraktion und Gemütsaffekte"gegenüber.

Während sich die Medizin in ENGLAND und FRANKREICH aus der Fülle der naturwissenschaftlichen Entdeckungen im philosophischen Geiste der Aufklärung weiterentwickelt, steht die Medizin in DEUTSCHLAND in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts . . "ganz unter dem Zauber der romantischen Naturphilosophie" (ACKERKNECHT). V.v.WEIZSÄCKER nennt sie "eine einzige Ahnung der Seele". Sie beginnt sich zu entwickeln mit der Lehre MESMERs (gest.1815), wonach die durch die Störung der Lebenskraft verursachte Krankheit durch den "tierischen Magnetismus" geheilt werden kann, welche den Beginn einer Psychotherapie darstellt. SCHELLING (1775-1854) geht davon aus, daß die Seele das Zentrale im Menschen ist, weil sie mit Gott in Verbindung steht. Die Krankheit, vor allem die Gemütskrankheit, entsteht, wenn diese Verbindung unterbrochen ist. So ist geistige Krankheit das Ergebnis einer Unterbrechung mit Gott. WINDISCHMANN, Professor der Medizin in Bonn, sieht nicht nur den letzten und innersten Sitz der Geisteskrankheit, sondern j e d e r Krankheit in der "durch Lust und Begierde wild gewordenen Seele "

(DIEPGEN), und J.N. v.RINGSEIS, MÜNCHEN, wendet sich mit Entrüstung gegen die Ärzte, die dem Irrtum verfallen, daß Gesundheit und Krankheit, Physiologie und Pathologie auf den gleichen Gesetzen beruhen; die Krankheit sei mit dem Sündenfall in die Welt gekommen; das Streben nach Gottgleichheit sei der Kern des biblischen Sündenfalls.

NOVALIS (1772-1801), nach DIEPGEN "die Quelle, aus der leitende Sätze der romantischen Medizin geschöpft sind", teilt nicht diesen Pessimismus der Verknüpfung der Krankheit mit der Erbsünde. Gewiß ist sie eine Störung der Harmonie, aber sie ist ein Vorrecht des Menschen; sie vergeistigt ihn, sie bedeutet eine Loslösung von der Körperlichkeit und ein freudiges Eingehen in das höhere Leben der Gottheit. Vergänglichkeit und Gebrechlichkeit ist der Charakter der mit Geist verbundenen Naturen, Sterblichkeit ihr Vorzug. Damit verliert der Tod seinen Schrecken.- Die "inneren Reize" der BROWNschen Reizlehre sind für NOVALIS ein Problem und stehen für ihn im Vordergrund. Alle äußeren Reize gehen über den inneren Reiz, welcher gleichbedeutend ist mit seiner gefühlsbetonten "Innenwelt". Daß sie auf den Körper wirken, und zwar viel mehr als die äußeren Reize, entspricht seiner Überzeugung, daß der Körper von der Innenkraft des Gefühls als s y m b o l i s c h e r Ausdruck gestaltet wird. So ist es nach seiner Auffassung möglich, den Körper durch Gefühlserlebnisse, also von der Seele aus, medizinisch zu beeinflussen, so daß von hier Krankheiten erzeugt und beseitigt werden können.

Während die ROMANTIK abklingt und die Philosophie zum IDEALISMUS übergeht, wendet sich auch die deutsche Medizin der nüchternen Beschäftigung mit der Materie zu. VIRCHOW (1821-1902) veröffentlicht im Jahre 1858 seine "Cellularpathologie", in der er nachweist, daß die Zelle die letzte Einheit pathologischer Störungen wie auch des normalen Lebens ist. Mit der Begründung der BAKTERIOLOGIE in der zweiten Hälfte des 19.

Jahrhundert gilt der Beweis für erbracht, daß zwischen Parasit und Krankheit kein anderes Verhältnis mehr denkbar sei, als daß der Parasit die Ursache der Krankheit sei. Jedoch . . " den Kliniker, der weniger das kranke Organ, den kranken Zellverband, als den kranken Menschen in seiner ganzen Individualität vor sich hatte, und der andererseits sah, mit welch unendlichen Variationen seine Patienten auf die gleiche Schädlichkeit reagierten, konnte weder der bakteriologische noch der streng lokalistische Standpunkt befriedigen"(DIEPGEN).

Im Jahre 1891 wendet sich von klinischer Seite zuerst ROSENBACH in scharfer Form gegen die "orthodoxe Bakteriologie". Krankheit ist ihm eine veränderte Form innerer Arbeit, ein spezieller Fall der Energetik im Organismus, aber auch ein spezieller Fall des Kampfes ums Dasein (DARWIN). Er hebt die Disposition im Individuum hervor. Die Ursache der Erkrankung ist für ihn der schwache Körper, die Anwesenheit bestimmter Organismen der Anstoß zu ihrer Entwicklung bzw. zur Auslösung der Krankheit. "Die Diagnose einer Krankheit ist die Lösung einer Gleichung mit zwei Unbekannten (Reiz und Erregbarkeit)" (DIEPGEN). Der Bakteriologe HUEPPE verlangt (1887), daß man die pathogenen Bakterien nicht schlechtweg als Ursache von Seuchen bezeichnen dürfe, da diese nur - ähnlich dem Funken, der einen explosiven Körper wirklich zum Explodieren bringt - die Rolle eines Anstoßes, einer Auslösung spielen.

Der BERLINER Stadtrat und praktische Arzt A. GOTTSTEIN formuliert den Begriff der Disposition in einer prinzipiellen wichtigen Weise weiter: Unter Disposition des Menschen gegen eine bestimmte Seuche ist diejenige variable Größe zu verstehen, welche das Wechselverhältnis zwischen der Konstitutionskraft des Menschen und einer bestimmten Spaltpilzart angibt, wobei die Konstitutionskraft die Resistenz des

Wirtsorganismus darstellt. Er bringt dieses Wechselverhältnis in eine für die Beziehung zweier variabler Größen entsprechende mathematische Formel, wobei

C = die durchschnittliche Höhe der normalen Konstitutionskraft,

und p = die Höhe der pathogenen Eigenschaften sämtlicher zu dem Menschengeschlecht in Krankheitsbeziehungen tretender Parasiten darstellt.

Somit wird $\frac{C}{p}$ der Ausdruck für die Disposition und zum Ausdruck einer Krankheitsentstehung, wenn das Ergebnis kleiner als 1 wird, sei es durch Abschwächung von C oder durch Steigerung von p.

In der weiteren Verfolgung dieser Gedankengänge dehnt der Rostocker Kliniker FRIEDRICH MARTIUS (gest.1923) diese Betrachtungsweise von den Infektionskrankheiten auf die gesamte Pathologie der inneren Krankheiten aus. Der Begriff der "äußeren Krankheitsursachen", der bei VIRCHOW eine große Rolle spielt, muß nach MARTIUS endgültig fallen; nur von auslösenden Momenten (z.B. Erkältung, Gifte, Parasiten) soll die Rede sein. "Die Krankheitsanlage muß die zentrale Stelle in der Pathogenese bekommen"(DIEPGEN).

Für MARTIUS sind hierbei vor allem die Beobachtungen beim Neurastheniker und bei der von ihm genau studierten Achylia gastrica überzeugende Beispiele dafür, daß die eigentliche Ursache dieser funktionellen Störung eine angeborene oder erworbene Schwäche des zentralen Nervensystems sei, während die Auslösung von den verschiedensten Stellen der Peripherie aus stattfinden könne. Die Krankheitsanlage und den Sitz der natürlichen Widerstandskraft sieht er in Anlehnung an VIRCHOW in der Zelle. Im Jahre 1900 prägt er für diesen Faktor den

Begriff "Konstitution" als "angeborene oder erworbene Körperverfassung" und dehnt in diesem erweiterten Sinne die alte GOTTSTEINsche Formel $\frac{C}{p}$ auf alle Krankheiten aus. Von dem Verhältnis aller möglichen äußeren Krankheitsursachen p zur Konstitution C hängt im Einzelfall die Krankheitsentstehung oder das Gesundbleiben nach seiner Auffassung ab.

Mit der Ära der naturwissenschaftlichen Medizin fallen auch die Geisteskrankheiten in das Behandlungsgebiet der Ärzte zurück. " Die Erkenntnis, daß eine geistige Störung eine Krankheit und nicht Besessenheit, Sünde, Verbrechen oder Verderbtheit ist, ermöglichte eine menschlichere Behandlung der Geisteskranken, die bis zu jener Zeit unter grausamen Bedingungen, oft unter Ketten gehalten wurden"(ACKERKNECHT).

PHILIPPE PINEL (1775-1826), ein berühmter französischer Kliniker, schreibt im Jahre 1801 eine bahnbrechende medizinisch-philosophische Abhandlung über Geisteskrankheiten. Auf PINEL folgt eine ganze Gruppe französischer Psychiater unter seinem Schüler DOMINIQUE ESQUIROL (1772-1840), dessen Hauptinteresse der klinischen Beobachtung gilt. Er erkennt, daß z.B. die Masturbation und andere sogenannte "Ursachen" der Geisteskrankheit in Wirklichkeit Symptome sind.

Bei der Suche nach der "Ursache" dieser Erkrankungen bilden sich in Deutschland zwei Richtungen heraus, die der PSYCHIKER und die der SOMATIKER. Als Führer der PSYCHIKER gelten HEINROTH, BENEKE und IDELER, die religiöse, psychologische oder ethische Ansichten in den Vordergrund stellen; ihnen entgegen behaupten die SOMATIKERunter NASSE, FRIEDRICH und JACOBI,daß die Geistesstörungen Folge körperlicher Zustände und Erkrankungen seien. Bald jedoch treten wieder gemischte Ansichten hervor.

NEUROANATOMEN und NEUROPATHOLOGEN versuchen, nach dem von VIRCHOW aufgestellten Prinzip der "Lokalisation von Krankheiten in der Zelle", in Zellveränderungen der Hirnsubstanz die Grundlage der Störungen zu finden. Sorgfältige histologische Untersuchungen an Hirngeweben verstorbener Psychotiker ergeben jedoch keinerlei mikroskopisch faßbare Veränderungen. Die verbreitetsten schweren Störungen der Persönlichkeit -Schizophrenie und manisch-depressive Psychosen- können nicht mit Hilfe des Mikroskops identifiziert werden. Die gleiche Frage erhebt sich bei den Psychoneurosen und Psychopathien. Ganz unter dem Einfluß VIRCHOWs stehend und seinem Postulat, daß "niemals das Ganze krank" sei, sondern nur die einzelne Zelle, steht man einem Rätsel gegenüber.

Wenn in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts als eine Reaktion gegen das spezialisierte Interesse an detaillierten Mechanismen und gegen die Vernachlässigung der grundlegenden biologischen Tatsache, daß der Organismus eine Einheit ist und die Funktion seiner Teile nur vom Gesichtspunkt des ganzen Systems aus verstanden werden kann, wieder die kranke Persönlichkeit, . . "der kranke Mensch mit seinen Sorgen, Angsten, Hoffnungen und Verzweiflungen, ein unteilbares Ganzes und nicht mehr ein bloßer Träger von Organen -einer kranken Leber oder eines kranken Herzens- zum rechtmäßigen Objekt des medizinischen Interesses" . .(ALEXANDER) wird, muß mit der Erforschung der kranken Persönlichkeit die am stärksten vernachlässigte und am wenigsten fortgeschrittene Spezialität der MEDIZIN, die PSYCHIATRIE, zur Eintrittspforte für eine neue synthetische Richtung in der medizinischen Wissenschaft werden. Doch . ."sie konnte diese Funktion erst erfüllen, nachdem sie das Studium der Persönlichkeit als ihre zentrale Aufgabe begriffen hatte, was durch SIEGMUND FREUDs Leistungen ermöglicht wurde" (ALEXANDER).

SIEGMUND FREUD (1856-1939), ursprünglich Neurophysiologe, führt in seinen autobiographischen Schriften die Anfänge

seiner Ideen auf Einflüsse zurück, die er während seines Studiums in der SALPETRIERE bei CHARCOT und später in NANCY bei LIEBAULT und BERNHEIM empfangen hat. "Er war der erste, der konsequent das Postulat einer strikten Determiniertheit psychologischer Prozesse durchführte und der die grundsätzlichen dynamischen Prinzipien der psychologischen Kausalität aufstellte" (ALEXANDER). Sein und seiner Schüler Versuch, die Neurosen psychodynamisch zu erklären, wird später ausgedehnt auf den Bereich der Psychosen und organischen Krankheiten.

Mit der Fragestellung E. KRETSCHMERs nach der Konstitution und Primärpersönlichkeit im Zusammenhang mit psychopathologischen Erscheinungen und den sich breit entwickelnden Nachbardisziplinen von PSYCHOLOGIE und SOZIOLOGIE, welche zu einem besseren Verständnis gegenüber dem Verflochtensein des Individuums in die Struktur sozialer Gruppen, ihrer kulturellen Normverhältnisse und ihrer Wertungen führt, kommt es zur Entwicklung der PSYCHOSOMATISCHEN MEDIZIN, welche jetzt auch die deutsche Psychiatrie (E. KRETSCHMER, WEITBRECHT, BÜRGER-PRINZ, WINZENRIED, SPIEGELBERG u.a.) nach anfänglichem Widerstand einzuordnen beginnt in ein großes verbindendes System von Neurosen, psychosomatischen Krankheiten und Psychosen.

III. Fragestellung, klinischer Ansatz

a) Fragestellung

Die eigene Arbeit geht aus von der Hypothese einer soziopsychogenetischen Krankheitsentstehung.

Sie legt ihren Untersuchungen die Frage zugrunde, ob und wie oft an einem unausgewählten Patientengut einer psychiatrisch-neurologischen Klinik Krankheitsmanifestationen im Sinne der KATAGENESE (LOPEZ IBOR) zur Beobachtung kommen.

Sie stellt damit die grunsätzliche Frage nach der Hypothese einer katagenetischen Krankheitsentstehung. Danach wirkt ein scharf begrenztes, konflikthaftes Erlebnis anstoßend auf die Krankheitsmanifestation. Zwischen dem auslösenden Faktor und der psycho-bzw. organpathologischen Symptomatk besteht zunächst eine enge zeitliche, verstehbare, symbolische Beziehung. Die Krankheit in ihrer psycho-soziogenen Verflechtung kann an diesem Punkt des Lebens verständlich - wenn nicht sogar sinnvoll - in die biographische Linie eingeordnet werden.

Dann aber erfolgt der rätselhafte "Knick", und das ist das Entscheidende. Der Morbus - sich lösend von dem auslösenden Faktor - beginnt, seine Symbolik verlierend und sich verselbständigend, eigenen Gesetzen zu folgen ad finem - wie ein Körper, einmal zu Fall gebracht, den Gesetzen seiner Schwere folgt. Die Abklärung der psychotraumatischen Situation genügt nicht, um die Störung rückgängig zu machen, sondern diese besteht fort und hat sich verselbständigt. An diesem Punkt erscheint die Krankheit in ihrem Wesen und ihrer Bedeutung unverständlich, bedrohlich und sinnlos.

SPIEGELBERG erweitert nun den Begriff der KATAGENESE, indem er ausgehend von dem von LOPEZ IBOR geprägten Begriff einer Krankheitsmanifestation im Sinne einer p s y c h i s c h e n

KATAGENESE die Frage stellt nach einer s o m a t i s c h e n KATAGENESE. Er sagt:" Ich frage mich, ob man nicht neben der psychischen eine somatische Katagenese unterscheiden kann, zum Beispiel die Auslösung verschiedener psychiatrischer und somatischer Krankheiten durch physische Traumen." (SPIEGELBERG, MADRID, 1966)

Eine Krankheitsauslösung im Sinne der SOMATO-KATAGENESE (SPIEGELBERG) postuliert demnach das Manifestwerden eines psycho- oder organpathologischen Syndroms durch ein umschriebenes physisches Trauma, welches in einer engen zeitlichen Beziehung zur Krankheitsmanifestation steht, ohne jedoch - nach dem neuesten Stand der Forschung - ein faßbares pathogenetisch wirksames Substrat erkennen zu lassen. In Analogie zu unserer obigen Definition genügt die Abklärung der physiotraumatischen Situation nicht, um die Störung rückgängig zu machen; sie ist irreversibel.

Per definitionem sind demnach abzugrenzen symptomatische Psychosen, psychopathologische Begleitsyndrome körperlichen Krankseins im Sinne des Psychoms von HELLPACH und seelische Reaktionen auf dem Boden der durch ein körperliches Leiden bedingten gesteigerten Reagibilität (K.SCHNEIDER). Diese klingen ab bei Abklärung der organischen Störung.

Obiger erweiterter KATAGENESE-Begriff einer PSYCHO- und SOMATO-KATAGENESE wird zur Grundlage der folgenden Untersuchungen gemacht.

b) Klinischer Ansatz

Aufgrund genauer katamnestischer Untersuchungen an einem unausgewählten klinischen Patientengut soll anhand einer explorativen Fragebogen-Methode und unter Zuhilfenahme kli-

nischer Anamnesen und Untersuchungsbefunde versucht werden, verwertbare Aufschlüsse über die obige, der Arbeit zugrunde gelegte Frage zu erhalten.

Dabei soll ein kritischer Maßstab angelegt werden bezüglich der Erforschung und Beurteilung aller möglichen psycho-soziologischen und physischen katagenetischen Faktoren.

Die Kritik gilt

1. der Rolle des Zufalls;
2. dem Wahrheitsgehalt anamnestischer Angaben;
3. dem Kausalitätsbedürfnis des Menschen.

ad 1)
Ein zufälliges Zusammentreffen eines katagenetischen Faktors im Sinne unserer Definition mit dem Manifestwerden einer Krankheit ist nicht von der Hand zu weisen, da ein kausaler oder nur zufälliger Zusammenhang zwischen "Trauma" und Erkrankung sich exaktem wissenschaftlichem Zugriff entzieht.

ad 2)
Aus den verschiedensten Gründen ist der Wahrheitsgehalt anamnestischer Angaben grundsätzlich infrage zu stellen:

a) Der Patient dissimuliert; er macht aus mancherlei Motiven (Renten- und Entschädigungswunsch, Schamgefühl, Angst vor weiteren Untersuchungen, Wunsch nach vorzeitiger Entlassung usw.) bewußt falsche Angaben.

b) Manche für die ärztliche Beurteilung wichtige Fakten sind verdrängt, ausgeblendet, objektiv mangelhaft beobachtet oder vergessen und können selbst bei eingehender mehrmaliger Exploration zunächst nicht zugängig gemacht werden. Dies

gilt insbesondere auch der Frage nach einer verläßlichen Beurteilung der Primärpersönlichkeit, die nur durch psychologische Testungen und analytische Methoden sicher beurteilt werden kann. Außerdem ist zu berücksichtigen, daß das Explorationsfeld . ."durch das begrenzte Vermögen, innere Vorgänge und Erlebnisse bewußt zu machen und in die Sprache zu bringen, begrenzt" . . wird.(JACOB, 1962).

ad 3)

In einer vom Kausaldenken geprägten technisch-naturwissenschaftlichen Zeit kommt ein ausgesprochenes Kausalitätsbedürfnis des Menschen, ein Bedürfnis nach Motivation und Sinnfindung eines so sinnfremden Einbruchs wie des einer Krankheit in die Kontinuität des menschlichen Daseins zur Beobachtung. Fast wie ein Zwang erscheint das Bedürfnis des Kranken, eine Ursache für seine Krankheit zu finden. JASPERs spricht vom "Erklärungsbedürfnis des menschlichen Geistes" (1963), K. SCHNEIDER vom "tiefen Bedürfnis, die Krankheit in Motivzusammenhänge einzureihen und damit die metaphysischen Ursprünge des Schicksals zu leugnen."

Während früher die Krankheit als Strafe oder Prüfung von Gott geschickte wurde, geht das derzeitige Bestreben vielfach dahin, Strahlen, Wetter, Bakterien, somatische oder psychische Traumen u.v.a. für das Zustandekommen einer Krankheit verantwortlich zu machen. Dabei sei ausdrücklich auf das Vorhandensein von Konflikten und Belastungen in jedem menschlichen Leben hingewiesen, ohne daß diesen in der Mehrzahl der Fälle eine pathogenetische Bedeutung zukäme.

IV. Allgemein literarischer Ansatz

Bevor die Untersuchungsergebnisse detailliert dargestellt werden, soll in den folgenden Ausführungen ein kurzer, einführender Überblick über Bezugspunkte gegeben werden, die sich im neueren und älteren Schrifttum zur Hypothese einer Krankheitsmanifestation im Sinne der KATAGENESE (LOPEZ IBOR, SPIEGELBERG) aufzeigen lassen. Derartige Ansatzpunkte lassen sich teils im internistischen, teils im psychosomatischen, psychiatrischen und neurologischen Schrifttum erkennen. Ein ausführliches Literraturreferat erfolgt weiter unten. (Abschnitt C, Seite 97)

Im INTERNISTISCHEN SCHRIFTTUM wird im Zusammenhang mit der Ätiologie und Pathogenese des Morbus Basedow die Rolle des Schrecks erörtert. HEILMEYER (1961) spricht von Schädigungen psychischer und somatischer Art, von Schreck- und Infekt-Basedow. Er erörtert eine Hyperaktivität auf einen zunächst hypophysären Reiz hin und ein a u t o n o m e s Weiterlaufen der gesteigerten Hormonbildung nach Wegfall dieses Reizes.

HAMPERL (1960) erwähnt von pathologischer Seite das schlagartige Auftreten dieser Störung nach übermäßig psychisch-nervösen Belastungen, z.B. nach einem schweren Luftangriff. Er erwähnt eine von EICKHOFF referierte, interessante Parallele aus dem Tierreich: Werden Wildkaninchen mit Frettchen gejagt und " tödlich erschreckt", so entwickelt sich bei ihnen ein "Schreck-Basedow", an dem sie schließlich zugrunde gehen. Sie sterben "sozusagen am Schrecken" (HAMPERL).

Im PSYCHOSOMATISCHEN SCHRIFTTUM berichtet ALEXANDER (1951), daß psychologische Faktoren der Thyreotoxikose gesichertes wissenschaftliches Material seien. Er zeichnet den hypothetischen Weg folgender Mechanismen bei Einsetzen eines schädlichen Reizes - STRESS - auf (nach Arbeiten von LONG, SAWYER

et al.) :

STRESS (organischen oder psychischen Ursprungs)---→
HYPOTHALAMUS---→ NEBENNIERENMARK -Adrenalin / Noradrenalin-------→
HYPOPHYSENVORDERLAPPEN ---→ THYREOIDEA.

Er referiert Untersuchungsergebnisse von MARANONS und CONRAD, nach denen ein großer Prozentsatz der untersuchten Hyperthyreosen durch einen "Gefühlsaufruhr" oder "psychische Traumata" ausgelöst wurden.

BOSS (1954) erwähnt Basedow-Fälle, die postoperativ körperlich gebessert, weiterhin "nervös" seien. Er spricht von psychischen Mechanismen, die "unentwegt und ad finitum" weiterlaufen.

Im Zusammenhang mit endokrinen Störungen sei noch der Diabetes mellitus erwähnt. Neben Mitteilungen über die Auslösung durch einen Infekt finden im internistischen und psychosomatischen Schrifttum auslösende psychische Faktoren Beachtung. ALEXANDER (1951) berichtet über Experimente von CANNON, nach denen .."Furcht und Angst bei normalen Katzen und normalen Menschen Glykosurie hervorrufen können." Weiter referiert er psychiatrische Untersuchungen an diabetischen Kindern durch BRUCH und HEWLETT, bei denen in einem Drittel der Fälle die Krankheit gleichzeitig mit einer Störung der Familienbeziehungen, wie Scheidung, Trennung usw. manifest geworden ist.

V.v.WEIZSÄCKER (1947) schildert im Rahmen seiner "Anthropologischen Vorlesungen in der Medizinischen Klinik" die Manifestation eines Diabetes mellitus nach einem schweren Schreckerlebnis. Er deutet ein derartiges Trauma als "Psychogenese im Sinne der Auslösung."

Das Auftreten eines ersten Asthmaanfalls eines späteren manifesten Asthmaleidens nach einem psychischen Trauma, z.B. nach

dem Tod der Mutter, ist mehrfach in der Literatur beschrieben. In der Deutung des ersten Anfalls als "Schrei nach der Mutter"(E.WEISS) wäre dieser Symbol und verständlich, die weiteren Anfälle jedoch Ausdruck einer autonom weiterlaufenden Störung.

Im NEUROLOGISCHEN SCHRIFTTUM finden sich bezüglich der Initiierung organischer Nervenleiden durch umschriebene konflikthafte Erlebnisse in der älteren Literatur bei CHARCOT (1874) und OPPENHEIM (1913) einzelkasuistische Schilderungen, die im ausführlichen Literaturreferat zur Darstellung kommen.

In der PSYCHIATRISCHEN LITERATUR beschreiben im Zusammenhang mit abnormen äußeren Erlebnisreaktionen KRETSCHMER und WEITBRECHT das Phänomen der Kriegszitterer nach dem 1. Weltkrieg. Das Auftreten von Dämmer- und Stuporzuständen, Lähmungen, ticartigen motorischen Automatismen und anderen Ausfallserscheinungen - nach ALEXANDER Konversionssyndrome als symbolischer Ausdruck, die emotionalen Spannungen zu entladen - ist bei überstarken Erlebnisreizen (z.B. großen Katastrophen) bekannt. Die Störungen haben oft als Zwangs- oder Abwehrmechanismen symbolischen Ausdruck. Sie klingen in der Mehrzahl der Fälle mit Fortfall der auslösenden Situation ab, falls sie nicht aus demonstrativ-zwecktendenziösen Gründen festgehalten und ausgebaut werden. WEITBRECHT spricht hier von sekundärer Neurosenbildung. Diese sind bei unserer Betrachtung abzugrenzen.

Jedoch kommen einzelne Fälle zur Beobachtung, bei welchen die einmal in Gang gesetzten Störungen völlig eigengesetzlich weiterzulaufen scheinen. W. KRETSCHMER (1966) spricht von der nicht auszuschließenden Möglichkeit, daß ein verstehbares Erlebnis einen unverständlichen Krankheitsverlauf auslöst und dem Eindruck, daß oft hysterische oder psychoneurotische Ent-

wicklungen von einem "unzugänglichen Eigengesetz" bestimmt werden.

Im älteren Schrifttum referiert OPPENHEIM (1913) auf der Suche nach einer Erklärung für die "Fixation der postemotionellen somatischen Erscheinungen" die Ansicht BREUERs und FREUDs, nach der psychische Traumen, die nicht zu einer die Seele entladenden Affektentladung führen, eine Konversion der Affekterregung in körperliche Phänomene bedinge derart, daß diese u n a b h ä n g i g von dem ursprünglichen Gefühlserlebnis werden und nach DUBOIS . . "persistieren und sich erneuern, auch wenn die ursächlichen Momente nicht mehr gegenwärtig sind."

Bei der Besprechung der "Intimformen" der äußeren, überstarken Erlebnisreaktionen wie Magen- und Darmstörungen, Magengeschwüren, Kreislaufstörungen oder blander depressiver Versagenszustände - besonders nach dem 2. Weltkrieg beobachtet - spricht WEITBRECHT in seinem Lehrbuch (1963) von "chronisch depressiven, erlebnisreaktiven Entwicklungen im Sinne übermächtiger, nicht mehr ausgleichsfähiger Erlebniswirkungen (v.BAEYER). Bei der Diskussion seiner "vitalisierten depressiven Reaktionen", an deren Beginn eine einwandfreie akute, abnorme depressive Erlebnisreaktion steht, bemerkt er, daß ein Herausgeraten durch günstige Umweltfaktoren nicht mehr wirksam sei, wenn die Vitalisierung sich auf dem Tiefpunkt befinde. Das sei genauso wie bei den psycho- oder somatoreaktiv ausgelösten echten autochthonen endogenen Psychosen, . . " die, wenn sie einmal erst im Laufen sind, ihren eigenen Gesetzen folgen" (WEITBRECHT).

Die endogenen prozeßhaften und phasischen Psychosen, ätiologisch und pathogenetisch außer genetischen und biochemischen Ansätzen (HEATH) noch völlig ungeklärt, . . "nehmen eine eigentümliche Mittelstellung zwischen organischen und funktionellen Abläufen ein" (SPIEGELBERG, 1962). KOLLE nennt

sie das "delphische Orakel der Psychiatrie".

Da bisher trotz vielfacher Bemühungen keine Klärung der pathogenetischen Mechanismen erzielt werden konnte, liegt ein berechtigtes Interesse vor, durch genaue Analysen ihrer "Ingangsetzung und ihres Vorfeldes" (WEITBRECHT,1966), d.h. möglicher auslösender psychischer und physischer Faktoren in ihrer zeitlichen Beziehung zum Ausbruch der Psychose, die Grenzen zu bestimmen.

Bei Durchsicht der Literatur bezüglich der Beschreibung -in unserem Sinne- katagenetischer Momente , lassen sich bei einer Reihe von Autoren übereinstimmende Beobachtungen aufzeigen.

Wie bereits im medizinhistorischen Überblick dieser Arbeit erörtert, besteht im älteren Schrifttum vermehrt die Tendenz, "seelische Störungen" auf "seelische Ursachen" zurückzuführen. GRIESINGER spricht von "psychischen Erschütterungen", KAHLBAUM von "schweren Ereignissen", die das Auftreten einer Katatonie oder Hebephrenie fördern.

SPIEGELBERG (1962) bemerkt, daß sich im neueren Schrifttum hinsichtlich der Bedeutung psychogener Mechanismen im Rahmen endogener Psychosen noch die unterschiedlichsten Meinungen von der Annahme einer echten Psychogenie bis zu derjenigen eines praktisch belanglosen Überbaues oder Beiwerkes finden.

WEITBRECHT (1963) stellt eingehend die Frage nach fördernden oder bremsenden Umweltfaktoren beim Manifestwerden einer endogenen Psychose. Er spricht von reaktiv ausgelösten oder sogenannten "ausgeklinkten"Depressionen, einem "Herauswachsen" aus einer depressiven Erlebnisreaktion in eine "selbständige endogen-depressive Phase im Sinne der Auslösung". Dabei steht die depressive Reaktion zunächst in einem engen zeitlichen, sinnvollen, eventuell symbolischen Zusammenhang mit dem aus-

lösenden Erlebnis.Dann aber erfolgt ein unverstehbares, sinnloses "Umkippen" in eine autochthone endogene Phase, die nach eigenen Gesetzen abläuft.

KRETSCHMER (1955)teilt Beobachtungen zu dem "Ineinanderspielen endogener und reaktiver Faktoren" derart mit, daß in den schizophrenen Randgebieten oder bei den atypischen Depressionen immer wieder einzelne Fälle vorkommen, die durch einen heftigen, psychoreaktiven Stoß in Gang gebracht, . . "nachher nicht in dieser Ebene weiterlaufen, sondern sich nach ihrer endogenen, konstitutionellen Dynamik weiter entfalten und von dieser einmal erfaßt, den Weg, den sie erst gekommen sind, sich nicht mehr zurückzwingen lassen."

KORNHUBER, PAULEIKOFF, ROHR, H.H. MEYERS u.a. beschäftigen sich in eingehenden Untersuchungen mit diesem Problem. Eine Referierung dieser Arbeiten erfolgt im ausführlichen Literaturreferat.

Bezugspunkte bezüglich auslösender Momente im Sinne der Somato-Katagenese bei endogenen Psychosen finden sich u.a. bei SPIEGELBERG (1955), WALTER (1953) und PETRILOWITSCH (1959). SPIEGELBERG beschreibt in einer Arbeit über "Beziehungen endogener Psychosen zu körperlichen Krankheiten" bei einem Patienten das dreimalige Ingangkommen einer Phase einer endogenen Depression jeweils nach einer Nierenkolik und bei weiteren zwei Patienten nach pectanginösen Beschwerden bzw. einem Myocardinfarkt. PETRILOWITSCH spricht von der "Provokation endogener Psychosen durch exogene Schäden" und verweist auf Untersuchungen von H.H.MEYERS, der unter tausend Cyclothymien in 6,7% das Auftreten einer Phase im Anschluß an körperliche Erkrankungen nachweisen konnte. WALTER beschreibt das Ingangkommen echter endogener Psychosen nach traumatischen Kopfverletzungen.

Den "biologischen Krisenzeiten" wie Gravidität, Puerperium,

Laktation, Klimax und Involution scheint eine besondere Bedeutung als auslösenden somatischen Faktoren infolge ihrer komplexen hormonalen Umstellungsmechanismen zuzukommen. WEITBRECHT (1963) schreibt von Beobachtungen darüber, daß Schwangerschaft und Wochenbett neben ihren eigenen Psychosen vom exogenen oder endogenen Typ zuweilen die erste Phase oder den ersten Schub einer Cyclothymie oder Schizophrenie zur Auslösung bringen können. Gleichsinnige Feststellungen macht WINZENRIED (1961). KORNHUBER (1955) und H.H. MEYERS (1953) prüfen in ihren Untersuchungen ebenfalls die Rolle der Generationsvorgänge als auslösender Faktoren.

Eine Sonderstellung scheinen die Involutionspsychosen einzunehmen. WEITBRECHT (1963) sagt:"Die Rückbildungsjahre sind ein Lebensabschnitt, in welchem biologische und soziologische Faktoren besonders sinnfällig zusammenwirken. Biologisch ist es bedeutsam, daß die Rückbildungsjahre anders als das eine hormonale Zäsur setzende Klimakterium durch eine allmählich fortschreitende Alterung gekennzeichnet sind. Diese Vorgänge vollziehen sich jedoch durchaus nicht einfach mechanisch und gleichförmig am Menschen, sondern bringen eine Stellungnahme des sich selbst wahrnehmenden und beurteilenden Menschen von höchst individueller Art mit sich." Aus dieser Sicht erscheint es verständlich, wenn der psychoreaktiven Auslösung bei Involutionspsychosen eine besondere Bedeutung zugesprochen wird. SPIEGELBERG (1962) schreibt: "Die Herausformulierung der Persönlichkeit nach außen bis in die Nähe der äußersten Grenzzone, in der alle treibenden Kräfte in den Gegenstand verlegt werden, mit oder an dem gehandelt wird (BÜRGER-PRINZ), nimmt mit zunehmendem Alter zu. Eine grobe Störung der äußeren Situationen kann beim alten Menschen zum akuten Ausbruch dementiver Prozesse und bei Personen des mittleren Alters zu vitaldepressiven Erkrankungen, den sogenannten Entwurzelungsdepressionen führen."

WEITBRECHT (1963) verweist in seinem Lehrbuch auf Untersuchungen H.LANGEs und die Ansicht STAEHELINs und amerikanischer Autoren, welche aufgrund ausgedehnter Untersuchungen der psychoreaktiven Auslösung bei Rückbildungspsychosen eine überragende Bedeutung zusprechen.

JACOB (1966) untersucht sieben Fälle von perniziöser Involutionspsychose mit hirnorganischem Endzustand, von welchen mehrere Patienten, bis dahin sozial angepasst und klinisch unauffällig, unter einer psycho- oder physiotraumatischen Situation akut dekompensieren, und die klinische Symptomatologie unter dem Bilde einer affektiven Initialpsychose mit hirnorganischer Spätsymptomatik manifest wird. Bei der Diskussion "auslösende Momente" (allgemein somatisch oder psychisch) verweist er auf Arbeiten von GAUPP (19o5), DREYFUSS (19o7), ALBRECHT (1914), BUMKE (1924), KANT (1926), ROTHSCHILD (1937/45) und BURGER-PRINZ (1938).

B. Eigene Untersuchungen

I. Methode, Material

a) Methode

Die der Arbeit zugrunde liegenden Untersuchungen fanden statt im Rahmen einer größer angelegten PSYCHOSOMATISCHEN STUDIE an der PSYCHIATRISCHEN und NERVENKLINIK der UNIVERSITÄT MARBURG mittels einer explorativen Fragebogen-Methode, deren Ergebnisse - ausgehend von einer multifaktoriellen klinischen Forschung (BOCHNIK, 1964) - auswertenden rechnerisch-statistischen Analysen zugeführt werden sollen.

Nach BOCHNIK ist "die Statistik die abstrakte Beschreibung von Zusammenhängen im Erfahrungsfeld im Hinblick auf Regelhaftigkeit, Stärke und Zufallswahrscheinlichkeit." Die Psychiatrie sei besonders berufen, stellvertretend für die übrige Medizin statistische Methoden zu erproben, weil sie die größten Schwierigkeiten konzentriert vor sich habe: "Ganzheitliche und vieldimensionale Strukturen, Qualitäten und subjektives Ermessen von Patient und Arzt." Er bezeichnet die praktische Anwendung multifaktorieller Analysen als Werkzeuge, um Einzeltatbestände wie komplexe Strukturen exakt zu erfassen.

JACOB (1966) diskutiert in "Wandlungen und Probleme der ärztlichen Fragemethoden und -techniken in der klinischen Praxis" eingehend das Problem der ärztlichen Fragekunst mit ihren verschiedenen Methoden und Techniken als "ein wesentliches Verfahren zur Aufdeckung krankhafter Störungen und ein entscheidendes Hilfsmittel für die Diagnostik." Er zeigt Lücken des idealtypischen Modells eines klinischen Verfahrens auf, welches Exploration, Anamnese und Befund unter einer weitgehend abgeschlossenen "klassischen" krankheitsdiagnostischen Grundkonzeption vereint, z.B. bei oft unbestimmten Beschwer-

den, unklaren, unvollständigen, schwer vereinbaren oder zusammenhanglosen Symptomen, verwaschenen oder "leeren" Anamnesen bzw. symptomarmen Prozessen. Es sei deshalb begreiflich, wenn im Gebiete der Exploration und Anamnese neue Methoden und Techniken gesucht werden, die - über einen solchen "diagnostischen Schematismus" hinaus - sich "unseren Erfahrungen und Einsichten in die Vielschichtigkeit und Polyvalenz der Symptome, in die mehr-dimensional-multifaktoriellen Strukturen krankhafter Störungen als "offenen Systemen" und in ihre möglichen funktionalen und pathogenetischen Verschränkungen anpassen." . . .

"Aus der allgemein wissenschaftsmethodischen Forderung nach Objektivierbarkeit, Quantifizierbarkeit und damit Vergleichbarkeit von Fakten und Daten ergibt sich die Frage, inwieweit die überkommenen Verfahren mit ihren von vielerlei Umständen beeinflussten, oft wenig beständigen und subjektiven Ergebnissen durch besser absicherbare und mehr standardisierende Fragemethoden und Erhebungsprotokolle ersetzt und den für die objektiven Untersuchungsbefunde geltenden Massstäben angepasst werden können." (JACOB)

Die klinisch-statistischen Erhebungen der eigenen Arbeit wurden erfaßt mittels eines Fragebogen-Modells folgender Struktur:

A) Bogen I: 79 Fragen betreffend: Allgemein persönliche Angaben (Alter, Geschlecht, Familienstand usw.), Diagnoseklasse, Prognose, Therapie, Primärpersönlichkeit, Umweltsituation usw.

B) Bogen II: 30 Zusatzfragen-Komplexe betreffend: Familien- und Eigenanamnese, spezielle Therapie, Diagnostik, spezielle neurosenpsychologische Fakten, Shift, Katagenese u.a.

Parallel zu den eigenen Untersuchungen laufen im Rahmen einer Team-Arbeit der oben genannten PSYCHOSOMATISCHEN STUDIE weitere gleichartige klinische Untersuchungen, deren Ergebnisse insgesamt mit Hilfe elektronischer Rechenanlagen ausgewertet werden sollen.

b) Material

Es wurden

1.) 50 Patienten, davon 25 psychiatrische und 25 neurologische Fälle, jeweils zur Hälfte Männer und Frauen, welche sich in der Zeit von Mai 1966 bis September 1966 stationär in der PSYCHIATRISCHEN und NERVENKLINIK der UNIVERSITÄT MARBURG befanden, einer gezielten Exploration anhand obe n dargestellter Fragebögen unterzogen;

2.) weitere 50 Krankenblätter stationärer Patienten aus dem Jahre 1965, wiederum 25 psychiatrische und 25 neurologische Fälle, hälftig Männer und Frauen, in Beantwortung aller Gesichtspunkte in den Fragebögen ausgewertet. Dabei wurden alle Fragen, welche anhand der Aufzeichnungen im Krankenblatt mangels einer gezielten

Exploration bezüglich unserer spezellen Fragestellung nicht beantwortet werden konnten, mit "nicht gefragt", "nicht notiert" bzw. in Bogen I mit Ziffer 3 = "weder, noch" ausgezeichnet.

Zu betonen ist, daß k e i n e r l e i Auswahl des Patientengutes insbesondere hinsichtlich der speziellen Fragestellung der eigenen Arbeit erfolgte. Die 50 Patienten, welche direkt exploriert wurden, wurden auswahllos dem stationären Patientengut in dem oben angegebenen Zeitraum, die 50 Krankenblätter aus dem Jahre 1965 ohne Auswahl dem Archiv der Klinik entnommen.

Hervorzuheben sei noch, daß die Autorin im Zeitraum ihrer allgemeinen Untersuchungen mit einer Dissertation einer anderen Fragestellung beauftragt war und erst nach Untersuchungsabschluß das Thema dieser Arbeit übernahm, sodaß eine diesbezügliche Auswahl der Patienten von vorneherein ausscheidet.

Untersuchte Patienten:

I.

25 männliche und
25 weibliche Patienten der neurologischen Abteilung
50 neurologische Patienten insgesamt

II.

25 männliche und
25 weibliche Patienten der psychiatrischen Abteilung
50 psychiatrische Patienten insgesamt

A l t e r

	Männer	Frauen	Insgesamt
bis 19 Jahre	1	3	4
20 - 29 Jahre	13	7	20
30 - 39 Jahre	8	8	16
40 - 49 Jahre	11	14	25
50 - 59 Jahre	12	7	19
60 - 69 Jahre	4	10	14
7o -79 Jahre	1	1	2
	50	50	100

Durchschnittsalter

Männer: 41,8 Jahre
Frauen: 43,3 Jahre

Der jüngste Patient war 17, der älteste 79 Jahre alt.

Familienstand

	Männer	Frauen
verheiratet	25	33
ledig	19	14
geschieden	4	-
verwitwet	2	3
	50	50

B e r u f e

	Männer	Frauen
Ungelernte Arbeiter und dergl.	13	1
Handwerker, Angestellte, sonstige erlernte Berufe (inkl.Hausfrauen)	28	42
Selbständige Kaufleute, Landwirte, leitende Angestellte und dergl.	4	3
Akademiker	2	1
noch in Ausbildung	3	3
	50	50

Diagnoseklassen

I. Neurologische Patienten

	Männer	Frauen
cerebrale Anfallsleiden	1	3
cerebrale Gefäßprozesse	1	7
Tumoren des ZNS	2	2
Entzündliche Erkrankungen des ZNS und peripherer Nerven	8	6
Hirnatrophische Prozesse	4	-
Traumatische Hirnschädigungen	1	-
Traumatische Verletzungen peripherer Nerven inkl. Bandscheibenschäden	4	5
Spinalerkrankungen (funiculäre Myelose, Tabes etc.)	3	1
Erkrankungen des extrapyramidalen Systems (M. Parkinson)	-	1
Ungeklärte Krankheiten	1	-
	25	25

II. Psychiatrische Patienten

	Männer	Frauen
Endogene Psychosen, MDI	10	12
Endogene Psychosen vom schizophrenen Typ	2	2
Depressionen im Klimakterium	-	1
Involutionsdepressionen	3	3
Endogen-biologische Verstimmungsbilder	2	2
Erschöpfungs- und Versagenszustände	-	1
Alkohol- und Medikamentenabusus	4	2
Psychopathisch-neurotische Syndrome	4	2
	25	25

B II.

Zahlenmäßiges Ergebnis

Aus dem vorstehend dargestellten Untersuchungsmaterial ergaben sich bezüglich der Fragestellung der eigenen Arbeit folgende Ergebnisse:

a) Gesamtzahl der ermittelten Katagenesen = 19 Fälle von 100 = 19 % ;

davon 9 Kernfälle und 10 Randfälle;

I. davon neurologische Patienten:

Männer	Frauen	insgesamt	%	
1	2	3	6	aller neurologischen Fälle;

II. davon psychiatrische Patienten:

Männer	Frauen	insgesamt	%	
6	10	16	32	aller psychiatrischen Fälle;

b)

ad a I:

Diagnose	Psycho-Katagenese	Somato-Katagense
1. Encephalitis disseminata	+	-
2. funktioneller Handtremor	+	-
3. (fragliche) Trigeminusneuralgie	-	+

ad a II.

Diagnose	Anzahl der Patienten		insgesamt
	Männer	Frauen	
Endogene phasische Psychosen, MDI	3	6	9
Endogene Psychosen vom schizophrenen Typ	-	1	1
Involutionsdepressionen	2	2	4
Endogen-biol. Verstimmungszustände	-	1	1
	5	10	15
Sonstige beobachtete Störungen: (Ekzem, Gastritis)	1	-	1
	6	10	16

Insgesamt beobachtete Phasen/Schübe		Davon Psycho-K.	Somato-K.	"ohne Auslösung"
1. MDI				
Erste Phasen:	9	2	6	1
Weitere " :	10	3	4	3
Insgesamt:	19	5	10	4
2. Schizophrenien				
Erste Schübe:	1	-	1	-
Weitere " :	-	-	-	-
Insgesamt:	1	-	1	-
3. Involutionsdepressionen				
Erste Phasen:	4	2	2	-
Weitere Phasen:	1	-	-	1
Insgesamt:	5	2	2	1
4. Endogen-biologische Verstimmungszustände:	1	1	-	-

c) Differenzierung der katagenetischen Faktoren:

I. Psycho-katagenetische Faktoren

	♂	♀
1. Tod oder Krankheit naher Angehöriger	1	3
2. Auflösung eines Verlöbnisses	-	1
3. Schwere Schreck-oder Schockerlebnisse	1	1
4. Berufsschwierigkeiten	1	-
5. Umzüge	-	1
6. belastende Nachrichten	-	2

II. Somato-katagenetische Faktoren

1. Infekte	1	-
2. Unfälle (Arbeitsunfälle, Kriegsverwundungen)	3	1
3. Nieren- und Gallekoliken	1	2
4. Schwangerschaft, Entbindung, Wochenbett	-	4
5. Operationen	-	4

III. katagenetische Faktoren der Kernfälle

a) Psycho-K.

1. Tod oder Krankheit naher Angehöriger	1	1
2. Auflösung eines Verlöbnisses	-	1
3. Schwere Schreck- oder Schockerlebnisse	-	1

b) Somato-K.

1. Operationen	-	1
2. Infekte	1	-
3. Unf-älle(Arbeitsunfälle, Kriegsverletzungen)	2	-
4. Nierenkoliken	-	1

d) Am gesamten Beobachtungsgut (B I) insgesamt beobachtet:

1. Phasen (MDI):	65	davon"ausgelöst":	15 = 23 %
2. Schübe :	7	" "	1 = 14,3%
3. Phasen bei endogen biol. Verstimmungszust.:	4	" "	1 = 25%
4. Phasen bei Involut.Dp.:	10	" "	4 = 40%

---

c) Die Darstellung der Fälle erfolgt in folgender Reihenfolge:
(Bei Kombination von psycho- und somatokatagenetischen Faktoren erfolgte Einteilung nach dem führenden Moment.)

1. Psycho-Katagenesen:
   a) 4 Kernfälle
   b) 4 Randfälle
2. Somato-Katagenesen:
   a) 5 Kernfälle
   b) 6 Randfälle

III. Die Fälle

1. Psycho-Katagenesen

a) Kernfälle

1. Fall: Schwere, mischbildhafte endogene Psychose
G.L.M., 23 Jahre, ledig; Aktennummer 874/66

Zur Familienanamnese: Die Patientin ist das älteste Kind von ingesamt neun Kindern einer Familie in Spanien. Die Eltern sollen nicht verheiratet sein, die Familienverhältnisse gelten als zerrüttet (Vater Potator, sei schon "mit dem Messer auf die Kinder losgegangen"). Die vier ältesten Geschwister leben in Heimen, in einem Kloster und bei der Großmutter, die vier jüngeren bei der Mutter. Ein Bruder soll nicht gehen können; genaue Angaben hierüber sind nicht zu erhalten. Geisteskrankheiten und Suicide werden verneint.

Eigene Vorkrankheiten: Normale Geburt und frühkindliche Entwicklung, nie ernsthaft krank; Menarche mit 14 J. .

Zum Lebenslauf: Die Patientin wuchs in Spanien bei ihren Eltern auf. Sie konnte nur bis zum 9. Lebensjahr eine Schule besuchen, da sie in den folgenden Jahren bereits arbeiten mußte, um Geld zu verdienen. Sie war u.a. als Näherin in einem Modehaus in Barcelona tätig. Dort habe sie sich wegen ihrer schlechten Kleidung "immer sehr geschämt". 15-jährig wegen der zerrütteten Familienverhältnisse in die Familie eines Onkels aufgenommen, siedelte sie mit dieser zwei Jahre später nach Deutschland über. Hier arbeitete sie zunächst in einer Tuchfabrik, ab 1962 in einer Näherei (30 Angestellte). Im Jahre 1965 -22-jährig- verlobte sie sich mit dem Sohn des Nähereibesitzers. Der Verlobte wird als unsicherer, 22-jähriger Mann geschildert, der mit der Zeit zuviel Schwierigkeiten in der Verlobung mit einer Spanierin sah ("sie könne nur spanisch kochen und für eine Geschäftsfrau sei sie zu dumm ").

Es sei oft zu Differenzen gekommen. Der Verlobte löste schließlich die Verlobung.

Primärcharakterlich: Nach Angaben der in Deutschland lebenden Verwandten handelt es sich bei der Patientin um ein sehr ruhiges, gehorsames, stilles und zartfühlendes Mädchen. Besonders auffallend sei ihr Fleiß und ihre Selbstlosigkeit, die öfter ausgenutzt worden sei. Stimmungsmäßig sei sie ausgeglichen. Sie sei etwas scheu, aber eigentlich nicht kontaktarm, sondern habe viele Bekannte und sei allgemein beliebt.

Zur jetzigen Erkrankung: Im unmittelbaren Anschluß an die Auflösung der Verlobung erscheint die Patientin in ihrem Wesen verändert. Sie weint viel, ist ratlos, unruhig, findet keinen Schlaf, ist zeitlich desorientiert, meint die Uhr stehe still. Sie stellt sich im Schleier vor den Spiegel und spricht mit ihren früheren Freunden, schreit ihre Namen aus dem Fenster und schneidet sich die Haare ab. In den nächsten Tagen kauft sie unmotiviert Kleider zu hohen Preisen auf Raten, wird umtriebig und aggressiv, reißt die Blumen von der Fensterbank, läuft im Nachthemd auf die Straße, tanzt, singt, lacht und weint, verweigert das Essen, klagt über Herzschmerzen und näßt einige Male ein. Vom herbeigerufenen Hausarzt erfolgt Einweisung in die Klinik.

Befund und Verlauf: Bei der Aufnahme ist die Patientin zur Person voll, zeitlich und örtlich eingeschränkt orientiert. Sie wirkt ausgesprochen depressiv, adynamisch, verlangsamt, interesselos. Auf Fragen antwortet sie sinngemäß in fehlerhaftem, aber verständlichem Deutsch, jedoch vielfach mit der Bemerkung: . . "weiß nichts mehr, alles vergessen." Kein Anhalt für formale oder inhaltliche Denkstörungen.- Bei der körperlichen Durchuntersuchung fällt eine diffuse Druckempfindlichkeit des Abdomens auf. Sonst kein organpathologischer Befund. Asthenischer Habitus.- Organneurologisch o.B.- Liquor (lumbal) o.B.- E.E.G.: Kein pathologischer Befund- Röntgenübersichtsaufnahme des Schädels in zwei Ebenen: Ins-

gesamt kein pathologischer Befund; Laborwerte im Bereich der Norm; Luesspezifische Reaktionen negativ.

Das anfangs depressive Zustandsbild, bei welchem die Gedankeninhalte immer wieder um die gelöste Verlobung kreisen und um ihre"verlorene Unschuld" (der Verlobte habe ihr "die Unschuld genommen", das habe sie "nicht gewollt"), nimmt dann hypomanische Züge an. In der Folgezeit wird die Patientin akut manisch, umtriebig, nach 8 E.S.-Behandlungen zunächst zugewandter und aufgelockerter, dann erneut gehemmt depressiv. Eine begonnene Insulinkur muß wegen Unverträglichkeit abgebrochen werden. Während der Behandlung Auftreten einer Alopecia areata, die von dermatologischer Seite ätiologisch nicht geklärt werden kann.- Unter Psychopharmacotherapie tritt nach lo-wöchiger Behandlung eine langsame Stabilisierungstendenz ein, sodass die Patientin stimmungsmässig aufgelockert und distanziert - in hausärztliche Behandlung entlassen werden kann.

Insgesamt: Es handelt sich um eine junge Spanierin, welche -bis zum Zeitpunkt der Erkrankung trotz ungeordneter Familienverhältnisse und Übersiedlung in eine sprachfremde Umgebung gut angepasst und geordnet - im unmittelbaren Anschluß an eine schwere Konfliktsituation das Bild einer schweren endogenen Psychose zeigt, die nach fast dreimonatiger Behandlung unter intensiver Therapie schließlich abklingt. Dabei steht die Reaktion der Patientin in Bezug auf den schweren Konflikt zunächst in einem verständlichen, sinnvollen Zusammenhang und läßt symbolische Züge erkennen (Patientin schneidet sich die Haare ab, stellt sich im Schleier vor den Spiegel). Es kann initial angesichts der bei einer jungen Spanierin u.U. anders gearteten Erlebnisverarbeitung an ein rein reaktives Geschehen gedacht werden. Dann aber zeigen sich unverständliche Züge (sinnlose, große Einkäufe; aggressives Verhalten), welche insbesondere auch im scharfen Gegensatz zur Primärpersönlichkeit der Patientin stehen, die sensitive Züge im Sinne KRETSCHMERs erkennen läßt.- Im weiteren

Verlauf, besonders auch durch ein mehrmaliges Umkippen des depressiven in ein manisches Zustandsbild, erscheint die Diagnose einer endogenen Psychose gesichert, welche "psychokatagenetisch" ausgelöst nach eigenen Gesetzen abläuft, sodass dieser Fall als positiv im Sinne unserer Fragestellung betrachtet werden kann.

2. Fall: Involutionsdepression mit Tuberkulophobie bei hirnorganischem Abbau und Vit. B_{12}-Resorptionsstörung.
E.S., 69 Jahre, ledig, Rentner; Aktennummer 542/66.

Zur Familienanamnese: Vater 59-jährig an Magen-Ca., Mutter 73-jährig an "Darmverengung" gestorben; eine Schwester, 76 Jahre, lebt und ist gesund; eine andere Schwester, 66 J., befindet sich z.Zt. der stationären Aufnahme des Patienten wegen eines inoperablen Carcinoms in stationärer Behandlung der Univ. Frauenklinik Marburg. Ein Bruder, 70 J., soll sich zweimal in stationärer Behandlung einer Nervenklinik befunden haben (E.S.-Behandlung).

Eigene Vorkrankheiten: Komplikationslose Geburt, normale frühkindliche Entwicklung; als Kind Masern und trockene Rippenfellentzündung. 1958 Lungenschatten re., ambulant behandelt.

Zum Lebenslauf: Fünfjähriger Volksschulbesuch, anschließend Bürgerschule und Staatsrealschule (Tschechoslowakei); Abschluß mit Abitur, bis 1918 Wehrdienst (Leutnant), 1919 bis 1921 Studium der Geodäsie in Prag, dann Aufgabe des Studiums wegen schlechter wirtschaftlicher Verhältnisse durch den Tod des Vaters. Städtische Beamtenlaufbahn, 1940 Stadtinspektor, 1945-1946 Arbeitslager, 1946 Flucht nach Westdeutschland; bis zur Pensionierung im Jahre 1961 in der Gemeindeverwaltung am Wohnort tätig als Gemeinderechner. Der Patient ist ledig geblieben und wohnt bei einer Schwester ("Ich habe immer eine Frau gesucht, die beim Kochen Schubertlieder singen kann, und

die habe ich nicht gefunden.").

Primärcharakterlich: Patient schildert sich als einen "Sanguiniker". Im Beruf sei er gewissenhaft, fast pedantisch gewesen. Er habe guten Kontakt zu anderen Menschen gehabt; früher viel Klavier gespielt, auch in einem Orchester.

Zur jetzigen Erkrankung: Der Patient gibt an, sich bis Anfang Oktober 1965 völlig gesund gefühlt zu haben; er sei stimmungsmässig ausgeglichen gewesen und habe an allem Interesse gehabt. Am 3. Oktober 1965 verlangt die jüngere Schwester des Patienten, die am gleichen Ort lebt, nach einem Arzt, da ihr Leib dicker geworden sei; dieser äußert den Verdacht auf einen Unterleibstumor, welcher nach Einweisung in die Frauenklinik dahin bestätigt wird, daß es sich um ein inoperables Carcinom handele und in Kürze mit dem Exitus der Patientin zu rechnen sei. Wie der Patient selbst spontan angibt, habe er sich von diesem Augenblick an "schlagartig" in seinem Wesen verändert. Zunächst in Sorge um die Schwester, grübelt und weint er viel, wird matt und müde, habe keinen "rechten Schwung"mehr gehabt. Anfang 1966 verspürt er ein Schwächegefühl in den Beinen und findet keinen Schlaf mehr. Alle diese Symptome deutet er nach Studium eines pseudomedizinischen Buches als Zeichen einer Tuberkulose ("Lungenfäule"). Er verläßt nicht mehr das Haus aus Angst, jemanden anstecken zu können. In den folgenden Wochen entwickelt er massive Schuldgefühle des Inhalts, daß er die Tbc, eine meldepflichtige Krankheit, keinem Arzt angezeigt habe.Diese Gedanken werden schließlich so übermächtig, daß er den einzigen Ausweg in einem Selbstmord sieht und am 28.4.1966 versucht, sich in einem Waldstück mit einem Messer zunächst die Pulsadern und dann die Kehle durchzuschneiden. Von Passanten aufgefunden und in die Chirurgische Klinik eingeliefert, wird er von dort nach Wundversorgung in die Univ. Nervenklinik verlegt.

Befund und Verlauf: Psychisch: Patient ist bei der Aufnahme

bewußtseinsklar und voll orientiert; er erscheint stark antriebsvermindert, depressiv, affektinkontinent. Kein Anhalt für formale oder inhaltliche Denkstörungen. Die Kritikfähigkeit insbesondere der eigenen Krankheit gegenüber erscheint deutlich eingeschränkt; seine Gedanken kreisen ausschließlich um die vermeintliche Tuberkulose und die Schuld, die er mit deren Verheimlichung auf sich geladen habe. Körperlich-Neurologisch: Chirurgisch versorgte Halsschnittwunde und Schnittwunde im Bereich der linken A. radialis. Abschwächung des Vibrationsgefühls an den unteren Extremitäten mit distaler Betonung. Sonst o.B..-Röntgenübersichtsaufnahme des Schädels in zwei Ebenen: Syphonsklerose li., sonst kein sicher nachweisbarer pathologischer Befund.- E.E.G.: Uni- und bipolar Registrierung einer von sehr zahlreichen Schwitzartefakten überlagerten 7-8/sec.-Wellenfolge niedriger bis mittlerer Amplitude; Insgesamt: Leicht allgemein verändertes E.E.G. - E.K.G.: Normaltypisch konfiguriertes EKG mit Störung der Erregungsrückbildung. Verdacht auf abgelaufenen, kleinen, supraapikalen Vorderwandinfarkt.- Liquor (lumbal): Gesamteiweiß 43 mg % bei unauffälligem Zellbild. PEG: Mittelgradige Erweiterung des linken und rechten Seitenventrikels als Ausdruck eines Hydrocephalus internus. Außerdem grobstrichige bis fleckige Subarachnoidalfüllung als Ausdruck einer Atrophie im Bereich der Hirnrinde. Laborwerte: BSG 52/94 mm; 10,4 g % Hb bei 3,55 Mill. Ery., 9000 Leukoc. bei unauff. Diff.-Blutbild; Rest-N 39,2 mg%, Harnstoff 6o,9 mg %, SGP-T 19 mE/ml, SGO-T mit 1o6,2 mE/ml stark erhöht, Kreatinin 1,44 mg%. Elektrophorese mit einem erniedrigten Ges.-Eiweiß von 5,4 g%, einer Hypalbuminämie und einer deutlichen Erhöhung der β-Fraktion. - Bei späterer Kontrolluntersuchung Normalisierung der pathologisch veränderten Werte. Auch das Blutbild liegt nach mehrfachen Transfusionen im Bereich der Norm.

Bei der fraktionierten Magensaftuntersuchung finden sich

subacide Säurewerte; der einfache Vit.-B_{12}-Resorptionstest sowie der Test mit Säurelocker und Intrinsic-Faktor zeigen Veränderungen einer ausgeprägten Vit.-B_{12}- Resorptionsstörung.

Unter der Behandlung mit Psychopharmaca, eines Präparats zur Förderung der Herzdurchblutung und einer Vit.-B_{12}-Substitutionstherapie distanziert sich der Patient zwar von seinen paranoiden Gedankeninhalten, jedoch zeigt sich weiterhin eine starke Antriebsverminderung mit Neigung zu emotionaler Dekompensation. Diese Symptomatik bessert sich auch nicht nach mehrfacher Umstellung der Psychopharmacotherapie und wird als Zeichen des nachgewiesenen hirnatrophischen Prozesses gewertet. Zu erwähnen ist, daß die Schwester des Patienten zwischenzeitlich ad exitum kommt, der Patient jedoch auf diese Nachricht hin keinerlei emotionale Schwankungen zeigt und, von der Klinik beurlaubt, vollkommen geordnet an der Beisetzung teilnimmt. Nach 11 - wöchiger Behandlung wird der Patient in hausärztliche Behandlung entlassen, da bei der Natur des zugrunde liegenden Leidens eine weitere Besserung nicht zu erreichen ist, wobei der Hoffnung Ausdruck gegeben wird, daß der Patient noch einige Zeit im häuslichen Milieu wird tragbar sein.

Insgesamt handelt es sich um einen Patienten, der im Senium in direktem Anschluß an eine belastende Nachricht psychisch und physisch "dekompensiert". Die zunächst an die psychotraumatische Situation gebundene depressive Reaktion wird abgelöst von einer "endogen" anmutenden Symptomatik, die zum Suicidversuch führt. Im Verlauf der klinischen Diagnostik kann 1. der Verdacht auf einen abgelaufenen Myocardinfarkt, 2. eine innere und äußere Hirnatrophie und 3. eine ausgeprägte Vit. - B_{12} - Resorptionsstörung nachgewiesen werden, sodaß sich ein vielschichtiges Bild von Störungen ergibt, deren klinische Manifestation eindeutig durch einen psychokatagenetischen Faktor erfolgte. Hier ergibt sich die Frage nach einer "seelischen Kompensierbarkeit beginnender organischer Störungen"

(WEITBRECHT) bis zum Zeitpunkt der "Dekompensation".

3. Fall: Endogener Verstimmungszustand mit anankastisch-phobischen Zügen.
D.F., 47 Jahre, verh., Hausfrau; Aktennummer :73/65

Zur Familienanamnese: Mutter an Unterleibs-Ca., Vater an Apoplexie gestorben. Zwei gesunde Geschwister.
Eigene Vorkrankheiten: Als Kind Diphtherie, Scharlach, Masern. 1940 komplikationslose Geburt eines Sohnes, 1947 Abort mens IV, 1953 Extrauteringravidität.
Zum Lebenslauf: Mit den Geschwistern im Heim als Fürsorgezögling aufgewachsen, da die Mutter die Familie verließ. 8-jähriger, glatter Volksschulbesuch, dann in Küche und Säuglingspflege in Heimen tätig. Heirat 22-jährig. Gute Ehe.
Primärcharakterlich: Nach Eigenschilderung "eigentlich fröhlich", aber früh verbittert; habe den Verlust der Mutterliebe nie verschmerzt, viel allein; nach der Heirat aufgelockerter und fröhlicher.
Zur jetzigen Erkrankung: Im Jahre 1954 findet die Patientin als Büroaufräumefrau ihren Arbeitgeber, einen Rechtsanwalt, auf dem Dachboden erschossen auf (Suicid). Sie habe sich dabei"ganz furchtbar erschreckt" und lebe seit diesem Augenblick in einer ständigen Angst: fürchte, es seien Leute hinter ihr her, die ihr nach dem Leben trachten; fürchte, ihr Mann könne ihr die Kehle zudrücken.- 1960 gynäkologische Totaloperation; danach Verstärkung der Symptomatik: Aufwachen mit einem starken Angstgefühl, dann Kopfschmerzen, die vom Hinterkopf nach vorn ausstrahlen - "als gehe alles durcheinander"; tagsüber viel allein, grübel und weine sie viel; seit einem Jahr verlasse sie fast nie mehr das Haus; sie gehe nur schnell nebenan zum Bäcker, dann flüchte sie schnell wieder in das schützende Haus; Aufkommen von Selbstmordgedanken: 1. Versuch 1962 (Durchschneiden der Pulsadern mit Rasier-

klingen); 2. Versuch 1964 (mit Dominal-Schlaftabletten); beide vom Ehemann rechtzeitig entdeckt. Danach Aufkommen von Anankasmen ("daß sie ihrem Enkelkind etwas antun müsse, obwohl sie es herzlich liebe.."); sie müsse u.a. vor dem Zubettgehen immer unter das Bett schauen, obwohl sie wisse, daß es unsinnig sei.

Befund und Verlauf: Patientin erscheint bei der Aufnahme deutlich gehemmt und antriebsvermindert, dabei innerlich unruhig und getrieben; weint bei der Exploration; sagt, daß sie sehr unter ihrem Zustand leide und ihr ganzes Vertrauen in die Behandlung setze.- Körperlich-neurologisch, neuroradiologisch und elektroencephalographisch kein pathologischer Befund.- Unter einer Psychopharmacotherapie deutlich zugewandter, freundlich-ausgeglichen in der Stimmung kann sie nach 6-wöchiger Behandlung ausreichend stabilisiert nach Hause entlassen werden.

Insgesamt: Manifestation eines langhingezogenen, schweren endogenen Verstimmungszustandes mit anankastisch-phobischen Zügen nach einem akuten, starken Schreckerlebnis. Initial steht der Zustand der Angst in einem noch einfühlbaren Zusammenhang mit der Ursache, sodass im Sinne K. SCHNEIDERs eine "Erlbenisreaktion" als "sinnvoll motivierte Antwort auf ein Erlebnis" diskutiert werden kann. Jedoch der weitere Verlauf über einen Zeitraum von 11 Jahren mit der depressiven und anankastischen Symptomatik, den beiden Suicidversuchen und der Verstärkung der Beschwerden nach der gynäkologischen Operation im Klimakterium, welche als somato-katagenetischer Faktor im Sinne eines zusätzlichen, verstärkenden Moments zu werten ist, sprechen für ein angestoßenes eigenständiges Geschehen, welches mit dem auslösenden Ereignis keinen sinnvollen Zusammenhang mehr aufweist.

4. Fall: Depressiver Stupor bei hirnatrophischem Prozess (3 Episoden)

A.G., 39 Jahre, Haushälterin, ledig; Aktennummer:1021/65

Zur Familienanamnese: Bruder des Vaters "nervenkrank", Anstaltsaufenthalt. Schwester, 28-jährig, an Brustwandsarkom gestorben. Mutter hatte Diabetes, Vater Darmkrebs. Drei Geschwister leben und sind gesund.

Eigene Vorkrankheiten: 26-jährig akuter Gelenkrheumatismus, 29-jährig Ileus, 31-jährig Pyelonephritis bds. Seit dieser Zeit "Herz- und Kreislaufbeschwerden", Hypotonie.

Zum Lebenslauf: Auf dem elterlichen Hof aufgewachsen, glatter Volksschulbesuch, danach in verschiedenen Haushalten tätig. In den letzten Jahren Pflege der kranken Eltern und Hilfe im Haushalt des Bruders, der den elterlichen Hof übernahm.

Primärcharakterlich: Nach Aussagen des Bruders feinfühlig, zurückgezogen, kontaktarm, "nie recht fröhlich". Im Kreise ihrer Angehörigen gut angepasst; fleißige, arbeitsfreudige Hausfrau.

Zur jetzigen Erkrankung: Im September 1964 kommt die kranke Mutter, welche von der Patientin gepflegt wurde, ad exitum. Den Angehörigen fällt auf, daß die Patientin, die ihre Mutter sehr geliebt hat, nicht weinen kann. Sie zieht sich zurück und geht seit dieser Zeit nicht mehr aus dem Haus; meint, es sei "alles verändert". Anfang Januar wird sie bei einer Kur in einem Kneipp-Sanatorium wegen ihrer Kreislaufbeschwerden dadurch auffällig, daß sie vollkommen verstört mit ihrem gepackten Koffer im Ort angetroffen wird. Vom Bruder nach Hause geholt, versucht sie noch am gleichen Abend, sich die Pulsadern zu öffnen und eine Überdosis Schlaftabletten zu nehmen. Es erfolgt Aufnahme in die Klinik.

Befund und Verlauf:

1. Aufnahme: Bei der Aufnahme am 27.1.1965 substupurös und mutistisch.-Körperlich-neurologisch: Diskrete Reflexsteigerung der re. Seite mit fraglich positivem Babinski.-RR 115/70.- Sonst o.B..- In den nächsten Tagen Entwicklung einer febrilen Katatonie. Nach vier E.S. Fieberabfall. Patientin erscheint

aufgelockerter, ansprechbar. Am 16.3.im E.E.G. links temporaler Herdbefund. Ein am 17.4. durchgeführtes PEG zeigt eine leichte innere und ausgeprägte äußere Hirnatrophie. Deutliche Verklumpung der Temporalhornspitze.- Nach dreimonatiger Behandlung mit Psychopharmaca erfolgt am 24.4.1965 Entlassung in gut stabilisiertem Zustand.

2. Aufnahme: Am 29.6.1965 in stupurösem Zustand.
Nach Aussagen der Angehörigen und einer späteren Exploration ergibt sich, daß die Patientin, zwischenzeitlich unauffällig, die Kinder und den Haushalt des Bruders gut versorgt hat. Am 21.6.1965 verunglückt der Sohn des Nachbars tödlich. Die Patientin wird daraufhin unruhig, klagt über Kopfschmerzen und schlaflose Nächte(. ."habe an alles Unglück in der Welt denken müssen, alles habe wie ein dicker Stein auf ihr gelegen, alles wie abgestorben..") Nach schlafloser Nacht am 29.6. liegt die Patientin mit grossen offenen Augen im Bett und ist nicht mehr ansprechbar.- In der Klinik nach 4 ES explorabel. Zu einer Schriftprobe aufgefordert schreibt sie: "Im Spannungsfeld zwischen Schwarz und Weiß".- Nach weiteren E.S., unterschwelligen Insulindosen und Psychopharmacotherapie kann am 3o.7.1965 Entlassung in deutlich gebessertem Zustand erfolgen.
3. Aufnahme: Am 11.8.1965 - wiederum in stupurösem Zustand. Wie die Angehörigen berichten, ist die Patientin in der Woche nach der Entlassung zwischen dem 3o.7. und 8.8. geordnet ihrer Arbeit nachgegangen. Am 8.8. nimmt sie einen Anruf an, bei welchem ihr mitgeteilt wird, daß der Schwiegervater ihres Bruders schwerkrank sei. Daraufhin wird die Patientin erneut unruhig, einsilbig, schlaflos und schließlich stupurös.- Nach einer Behandlung mit 18 ES und Psychopharmaca kann die Patientin, wiederum gebessert, entlassen werden, wobei prognostisch allerdings keine günstigen Aussagen gemacht werden können. Weitere Verläufe sind abzuwarten.

Insgesamt: Bei einer primär kontaktarmen, an die Eltern und den elterlichen Hof stark gebundenen, ledigen Patientin entwickelt sich im Anschluß an den Tod der Mutter die psychopathologische Symptomatik einer endogenen Depression mit Suicidversuch; nach Einweisung in die Klinik wird in wenigen Tagen das Bild einer febrilen Katatonie manifest. Diagnostisch läßt sich ein hirnatrophischer Prozess nachweisen. Unter entsprechender Therapie gebessert, gerät die Patientin innerhalb kurzer Zeit zweimal auf eine belastende Nachricht hin erneut in einen stupurösen Zustand. Der Tod der Mutter kann eindeutig als psychokatagenetischer Faktor eines Geschehens aufgefaßt werden, welches - organisch unterlegt - schwächerer auslösender Momente bedarf, um erneut klinisch manifest zu werden.

b) Randfälle

5. Fall: 1. Funktioneller Tremor der linken Hand, psychogene Armlähmung bei chronischer Versagenshaltung; 2. Bandscheibenerkrankung im Bereich der LWS.
H.W., 44 Jahre, Hilfsarbeiter, ledig;
Aktennummer 17/65

Der Patient befand sich im Jahre 1965 wegen sensibler Störungen im Bereich der unteren Extremitäten nach einer Operation wegen Bandscheibenprolaps in stationärer Behandlung der Univ.-Nervenklinik. Eine zweite kurzfristige Aufnahme erfolgte im Jahre 1966 wegen einer Rentenbegutachtung.

Zur Familienanamnese: Patient wurde unehelich geboren, über den Vater wenig bekannt, verließ die Mutter bei Bekanntwerden der Schwangerschaft und soll später straffällig geworden sein, dann im Krieg gefallen. Mutter 65 Jahre, gesund, ebenso eine Halbschwester.

Eigene Vorkrankheiten: Normale Geburt und frühkindliche Entwicklung, als Kind Masern und Windpocken; 1942 Kopfschwartenverletzung, 1943 Granatsplitterverletzung im Nacken, 1942 Go., 1946 Lu.; antiluetische Behandlung in der Univ. Hautklinik Marburg; 1945/1946 angeblich Anfälle nach Erregung, dabei ohne Vorboten bewußtlos, Zuckungen im linken Arm und linken Bein, kein Zungenbiß, kein Einnässen; 1964 Operation wegen Bandscheibenprolaps (L4/L5). Seitdem sensible Störungen im rechten Bein, Störungen beim Wasserlassen, bei der Stuhlentleerung und Erektionsstörungen.
Zum Lebenslauf: Nach unehelicher Geburt in einem Säuglingsheim bis zum 3. Lebensjahr; dann nach Verheiratung der Mutter mit einer Halbschwester in der Familie aufgewachsen; Kinder viel allein, da Mutter berufstätig. Glatter Volksschulbesuch, danach Schuhmacherlehre; diese abgebrochen, um als Hilfsarbeiter Geld zu verdienen. 19-jährig zum Wehrdienst, 1945 aus einem russischen Gefangenenlager geflüchtet. Seitdem unregelmäßige Arbeit als Gelegenheitsarbeiter, daneben Fürsorgeunterstützung. Seit 1964 nicht mehr berufstätig. Habe nicht geheiratet, weil eine Frau, an der er sehr gehangen habe, durch Bombenangriffe umgekommen sei. Nach dem Krieg wegen des Zitterns im linken Arm Zurückhaltung Frauen gegenüber, hielt sich für abstoßend; gelegentlich vorübergehend Freundinnen. Lebt bei der Mutter.
Primärcharakterlich: Von der Mutter als weichherzig und gutmütig geschildert; nie Kontaktstörungen, immer aufgeschlossen, "nicht unehrlich". Nach Selbstschilderung lustig, daran habe "auch seine Krankheit nichts geändert".
Zur Katagenese: Im Jahre 1943 beging der Patient nach einem Genesungsurlaub(Granatsplitter-Hals-Verletzung) mit gefälschten Papieren Fahnenflucht (ständig Schwierigkeiten mit den Vorgesetzten; habe einfach keine Lust mehr gehabt und endlich einmal frei sein wollen, der Drill sei ihm auf die Nerven gegangen). Lebte in den Großstädten, wurde dann von einer

Frau verraten und in Dresden gefaßt, kurz danach zum Tode verurteilt. Gnadengesuch an HIMMLER, welches durch die Kriegswirren unbeantwortet blieb. Auf der Festung TORGAU in einer "Todeszelle" gefangengehalten; am 13.4.1945 mit 11 weiteren Todeskandidaten auf einen mit Maschinengewehren umstellten Hof geführt. Patient nahm an, erschossen zu werden. Jedoch abtransportiert und den Russen in die Hände gefallen. Nach mehrmaligen Versuchen gelang Flucht nach Westdeutschland.
Der Patient gibt an, bei der Verkündung des Todesurteils einen "großen seelischen Schock" erlitten zu haben. In diesem Augenblick sei das Zittern im linken Arm aufgetreten, welches sich bis heute nicht zurückgebildet hat; außerdem sei der Arm seit dieser Zeit kraftlos.
(Zu bemerken ist, daß der Patient zu einem anderen Zeitpunkt angibt, das Zittern sei 1/4 Jahr nach der Verwundung aufgetreten. Dieser Termin stimmt jedoch mit der Verkündung des Todesurteils in etwa überein. Der Patient wurde von der Autorin nicht selbst exploriert, sondern die Angaben der Krankengeschichte entnommen. Dort findet sich ein Hinweis über allgemein sich widersprechende Angaben des Patienten. Jedoch hat die Mutter auf Befragen angegeben, daß der Tremor bei Rückkehr des Sohnes aus der Gefangenschaft von ihr bemerkt worden sei.)

In alten Krankenblättern des Patienten finden sich folgende Angaben:

1. Dermatologische Univ.Klinik: Grobschlägiger Tremor der (1946) linken Hand;
2. Univ.-Nervenklinik: Psychogener Handtremor links bei bestehender Hemiparese; (Pat. wurde wegen (1947 wegen Rentengutachten) dieser Symptomatik nicht berentet.)
3. dito (1948) : Psychogener Tremor der linken Hand

Befund (bei Begutachtung 1966): Psychisch: bewußtseinsklar,

voll orientiert; Patient zeigt gute Zuwendung im Gespräch und gibt willig Auskunft; die Angaben sind jedoch unpräzise und oft widersprechend; Mimik und Gestik lebhaft und ausdrucksreich, Antrieb und Schwung altersentsprechend; Stimmung ausgeglichen, heiter, im Affektverhalten keine Auffälligkeiten; Denkablauf geordnet; Konzentration und Merkfähigkeit nicht eingeschränkt.- Eine Minderbegabung (IQ 90) wurde im Jahre 1965 nachgewiesen.- In der Testsituation ergibt sich, daß der Patient sämtliche Leistungsschwächen neurotisch überlagert. Es zeigt sich ein mangelndes Durchsetze- und Durchhaltevermögen. Verdacht auf eine asthenische, sensitive Persönlichkeit ohne sthenische Gegenkräfte; -Neurolog-isch: Lidspalte li. etwas schmäler als re. (Großvater ebenfalls); Armsehnenreflexe li. betont, ASR und PSR bds. fehlend. Hyperpathie im gesamten re. Bein. Grobschlägiger Tremor der li. Hand, der sich bei Anstrengung verstärkt. Bei an sich normalem Muskeltonus kommt es im linken Arm öfter zu einer willkürlichen Tonuserhöhung infolge Verspannung. Links Dysbradidiadochokinese; beim Vorhalteversuch Absinken des linken Armes. Lasèque bei 80°Schmerzen.-Sprache: hastig, undeutlich. Vegetative Stigmata: mässige Acrocyanose, starke Hyperhidrosis. Röntgenübersichtsaufnahme des Schädels in zwei Ebenen: Mässige Kalottenasymmetrie, abnorm grosse Stirnhöhlen. Bildungsasymmetrie am cervic.-occ. Übergang. Röntgenaufnahme der HWS: Keine Metallsplitterschatten. E.M.G. der Oberarmmuskulatur li.: Befund spricht für einen funktionellen Tremor; Röntgenuntersuchung der LWS: Zustand nach Hemilaminektomie.-Liquor (lumbal): Ges.Eiweiß von 38 mg% bei 2/3 Lymphoc.; Luesspezifische Reaktionen negativ.

Abschließende Beurteilung: (im Gutachten 1966)

1. Psychogene Lähmung im linken Arm und Tremor der linken Hand seit der Kriegszeit, die therapeutischen Maßnahmen nicht mehr zugänglich sein wird.

2. Bandscheibenleiden (Diskusprolaps bei L4/L5). Trotz operativer Maßnahmen Kreuzschmerzen, Miktions-, Defäkations-, Erektionsstörungen und Sensibilitätsstörungen im rechten Bein.
3. Chronische Versagenshaltung bei gestörter Persönlichkeitsentwicklung, möglicherweise infolge der ungünstigen sozialen Verhältnisse in der frühen Kindheitsentwicklung.

Insgesamt: Bei einer primär sensitiven, asthenischen, wenig belastbaren und zu neurotischen Fehlhaltungen neigenden Persönlichkeit kommt es unter einer starken Belastungssituation -Verkündung des Todesurteils, Festungshaft- zur Entwicklung eines Handtremors und einer psychogenen Armlähmung. Das Zittern als Symbol der Angst ursprünglich tief motiviert, läuft, sich verselbständigend, im Leerlauf weiter ab -therapeutisch unbeeinflußbar. Die auslösende Gemütsbewegung und das Symptom stehen zunächst in einer symbolischen Beziehung; jedoch folgt die einmal ausgelöste Störung ihrem Lauf unabhängig von dem sie auslösenden Trauma - so ein im Sinne von LOPEZ IBOR eindrucksvoller Fall.

6. Fall: Involutionsdpression
M.G., 67 Jahre, verh., Hausfrau; Aktennummer 912/66

Zur Familienanamnese: Mutter an Herzleiden gestorben, Vater im Alter längere Zeit depressiv, 67-jährig an rheumatischen"Herzbeschwerden" gestorben. Eine Schwester starb jung an einer Operation, eine zweite Schwester hat auch "etwas mit den Nerven", ein Bruder ist gesund.
Eigene Vorkrankheiten: Komplikationslose Geburt, normale frühkindliche Entwicklung, als Kind Masern, Menarche mit 15 Jahren, 1926 normaler Partus (Tochter, gesund), 1 Abort; 1947 Hysterectomie wegen Myom.

Zum Lebenslauf: Glatter Volksschulbesuch, danach in verschiedenen Haushalten tätig. 1923 Heirat, gute Ehe.
Primärcharakterlich: Die Patientin wird vom Ehemann als ruhig, fröhlich und ausgeglichen in der Stimmung geschildert. Sie habe guten Kontakt gehabt und sei sehr hilfsbereit. Im Haushalt sei sie "eigen und penibel".
Zur Depression: Im Jahre 1947 mußte sich die Patientin -48 jährig- einer Hysterectomie wegen eines Myoms unterziehen. Im Anschluss an die Operation wird die bis dahin als ruhig und ausgeglichen geschilderte Patientin "nervös", klagt über viel Kopfschmerzen. Die Hausärztin stellt einen Hypertonus fest, der mit blutdrucksenkenden Mitteln behandelt wird.- Im Jahre 1964 muß die Familie wegen Pensionierung des Ehemannes die bisher bewohnte Dienstwohnung aufgeben. Bereits ein Jahr vorher beginnt die Patientin sich Sorge über den Umzug zu machen (. ."ob auch alles klappen wird"). Sie zeigt dann eine übertriebene Sorge beim Einpacken. Nachdem der Umzug am 29.5.1964 tadellos vonstatten gegangen ist, wird die Patientin den Angehörigen dadurch auffällig, daß sie sehr unruhig ist und sich viel sinnlose Arbeit macht. Sie klagt über starke Kopfschmerzen, Appetitlosigkeit, Schlaflosigkeit und "furchtbares Aufstoßen". Am 2.6.1964 erfolgt Einweisung in das zuständige Kreiskrankenhaus, von dort Verlegung in die Univ. Nervenklinik Marburg.
Befund und Verlauf: Bei der Aufnahme am 12.6.1964 ist die Patientin bewußtseinsklar und voll orientiert, jedoch schwer besinnlich. Die Mimik ist starr, die Gestik spärlich. Sie erscheint ausgesprochen depressiv, gequält, hilflos und läßt unter einer verminderten Antriebslage eine verstärkte Spannung erkennen.- Köperlich-neurologisch: Herzaktion irregulär, Extrasystolen, Frequenz 100/Min., RR 170/100, sonst o.B.Neuroradiologisch Mäßige Schädelosteoporose, senilatrophische Veränderungen am dorsum sellae, Syphonsklerose, sonst o.B.- E.E.G.: Kein pathol.Befund.- Liquor(lumbal):

Gesamteiweiß von 37 mg% bei normaler Zellzahl.-Luesspezifische Reaktionen negativ. - Unter einer Behandlung mit Psychopharmaca tritt eine deutliche Besserung des depressiven Zustandsbildes ein, sodass die Patientin nach dreiwöchigem Kliniksaufenthalt ausreichend stabilisiert in hausärztliche Behandlung entlassen werden kann.

2. Aufnahme:
Am 25.7.1966 kommt die Patientin erneut zur Aufnahme. Nach Angabe des Ehemannes soll sie zwischenzeitlich froh und aktiv gewesen sein, Haushalt und Garten versorgt und Gäste empfangen haben. Seit etwa drei Wochen sei sie nun erneut unruhig, schlaflos, verschlossen und versorge ihren Haushalt nicht mehr. Sie liege meistens im Bett und habe geäussert, daß vielleicht etwas passieren könne . . "mit Sterben sowas!" Außerdem sei sie obstipiert und habe stark an Gewicht abgenommen.
Befund und Verlauf: Bei der Aufnahme erscheint die Patientin ängstlich, gequält und antriebsvermindert ähnlich wie im Jahre 1964. Sie klagt über „furchtbare Schmerzen im After". Bei der körperlichen Durchuntersuchung fällt ein Hypertonus mit Werten von 200/100 auf. Gelegentlich einer Vorstellung in der Med. Poliklinik wird die Diagnose einer Myodegeneratio cordis und einer leichten Anämie gestellt. Es wird eine Digitalisierung und eine blutdrucksenkende Therapie empfohlen. - Unter einer Behandlung mit Psychopharmaca kann die depressive Symptomatik erneut nach fünfwöchiger stationärer Behandlung zum Abklingen gebracht werden. Abschließende Diagnose: Erneute Phase einer Involutionsdepression mit agitierten Zügen.
Insgesamt kann gesagt werden, daß bei hereditärer Belastung eine blande psychopathologische Symptomatik bei der vorher als fröhlich und ausgeglichen geschilderten Patientin im Anschluß an eine gynäkologische Totaloperation im Klimakteri-

um auftrat ("seitdem immer nervös"), welche bei einer durch die Pensionierung des Ehemannes notwendigen eingreifenden Milieuveränderung (Aufgabe der Dienstwohnung) in eine echte endogene Depression mündete ("Umzugsdepression" nach LANGE). Eine zweite Phase zwei Jahre später zeigt keinerlei Auslösungsmechanismen. Hervorzuheben ist das Vorkommen von psycho- und somato-katagenetischen Faktoren, wobei der deutliche psycho-katagenetische Faktor die blande somato-katagenetisch ausgelöste Symptomatik klinisch manifest werden läßt unter dem Bilde einer Involutionsdepression, der eine weitere Phase folgt. Die Entwicklung eines essentiellen Hypertonus scheint ebenfalls in die Zeit der gynäkologischen Operation zu fallen.

Die beiden folgenden Fälle gelangen epikritisch zur Darstellung:

7. Fall: Encephalitis disseminata
D.L., 29 Jahre, Hausfrau; Aktennummer 604/66

Epikrise: Die Patientin befand sich vom 13.5.1966 bis 28.9.1966 wegen einer schweren Encephalitis disseminata acuta in stationärer Behandlung der Klinik. Anamnestisch ist zu erwähnen, daß die Patientin einjährig wegen einer angeborenen Hüftgelenkluxation in Gips lag. Sonst nie ernstlich krank, Menarche mit 18 Jahren, Periode regelmäßig, wegen Kinderlosigkeit mehrfach gynäkologisch untersucht, hypoplastischer Uterus; 1961 Tubargravidität, im selben Jahr Appendektomie und Tonsillektomie.- Nach glattem Volksschulbesuch Tätigkeit als Kindermädchen und Verkäuferin, 22-jährig Heirat.- Primär nach Eigenschilderung ruhig, aber gesellig und leidenschaftliche Tänzerin.- Zur jetzigen Erkrankung: Die Patientin mußte im Jahre 1965 die Pflege ihrer

in ihrem Hause lebenden, schwer herzkranken, bettlägerigen Schwiegermutter übernehmen. Dies habe sie seelisch und körperlich überfordert. Im Herbst 1965 bemerkte sie Schmerzen im linken Schultergelenk, welche sich aber bald wieder zurückbildeten. Kurz nach dem Tode der Schwiegermutter im Februar 1966 (welcher sie sehr "erschüttert" habe), trat folgender Zustand ein: Plötzlich auftretende schmerzhafte Beugekontraktur der linken Hand bei starken Schmerzen im linken Arm und krampfartigen Schmerzen in beiden Beinen. Dieser Zustand hielt etwa drei Tage an und bildete sich dann zurück bis auf Schmerzen in beiden Unterschenkeln bei zunehmender Gehstörung (Gang unsicher, "wie betrunken"), dabei Wesensänderung: depressiv, antriebsvermindert, zieht sich zurück. Ende April 1966 Auftreten von Hinterkopfschmerz, Übelkeit, Erbrechen. Es erfolgt Kliniksaufnahme.

Befund und Verlauf: Bei der Aufnahme voll orientiert und bewußtseinsklar, psychomotorisch außerordentlich verlangsamt, schwer besinnlich, Sprache verwaschen; Klagen über Übelkeit, Appetitlosigkeit, Schwäche, Gehstörungen, Kribbelgefühl in beiden Fingerspitzen. Körperlich-neurologisch: Struma parenchymatosa, Zustand nach operativer Korrektur einer angeborenen Hüftgelenksluxation, asthenischer Habitus. Konvergenzschwäche, Blickrichtungsnystagmus bei Blick in beide Richtungen, Hirnnerven unauffällig, Druckschmerzhaftigkeit beider Unterschenkel, Reflexe linksbetont, grobe Kraft bds. herabgesetzt, FNV und KHV bds. unsicher, Gang unsicher, ataktisch, Bradydiadochokinese bds, Laborwerte im Normbereich. Liquor (lumbal): Uncharakteristisch lymphocytäres entzündliches Liquorbild bei einem Ges.-Eiweiß von 35 mg% und 42/3 Lymphocyten. EEG: Niedriggespannt, Normvariante; eine Röntgenaufnahme des Schädels zeigt vermehrte Impressiones digitatae bei sonst normalen Verhältnissen.-Unter einer hochdosierten Steroidbehandlung Anfang Juni 1966 Entwicklung einer akuten

exogenen paranoid-halluzinatorischen Psychose, die sich unter hohen Dosen eines Neuroleptikums zurückbildet. Ebenso allmähliche Rückbildung der neurologischen Symptomatik, Normalisierung des Liquors. Am 28.9.1966 Entlassung unter dem Bilde einer deutlichen intellektuellen Leistungsminderung, Antriebsherabsetzung, Affektstarre und Stimmungsschwankungen wahrscheinlich als Defektsyndrom.
Insgesamt kommt es bei einer körperlich asthenischen, jedoch bisher gesunden 29-jährigen Patientin unter einer starken psychischen und physischen Belastungssituation zu den ersten Zeichen eines nach Zuspitzung der häuslichen Verhältnisse sich akut entwickelnden entzündlichen Prozesses, welcher unter intensiver Therapie bei fünfmonatiger stationärer Behandlung beherrscht werden kann, jedoch ein Defektsyndrom auf dem Gebiet des Intellekts, des Affekts und des Antriebs zurückläßt als Zeichen einer organischen Hirnschädigung, welche therapeutisch nicht mehr zu beeinflussen sein wird.

8. Fall: Ekzem und Gastritis bei reaktiver Verstimmung und Versagungssituation;
W.T., 54 Jahre, ledig, Studienrat; Aktennummer 84/65

Epikrise: Aufgrund einer vom Amtsarzt geforderten Begutachtung zur Frage der Dienstfähigkeit erfolgte im Jahre 1965 kurzfristige stationäre Aufnahme.-Familienanamnestisch unauffällig, selbst nie ernstlich krank, 1945/46 Ekzem. Primär nach Eigenschilderung ruhig, zurückhaltend, jedoch guter Kontakt mit Menschen, die ihm sympathisch seien. Gehe Schwierigkeiten aus dem Wege oder "fresse" alles in sich hinein.-1931 Abitur, bis 1939 Studium (Chemie, Physik, Mathematik), Abschluß mit Staatsexamen, bis 1945 Kriegsdienst, 1947 pädagogische Prüfung in Halle, 1948 Studienassessor, dann Flucht in den Westen. Hier Unterricht an verschiedenen

Privatschulen (gute bis sehr gute Zeugnisse), 1958 erneute Prüfung zum Assessor, da diese aus der Ostzone nicht anerkannt wurde. Anschließend (1959-1964) Unterricht an einem Gymnasium einer westdeutschen Kleinstadt. Ernennung zum Studienrat wird vom Patienten angestrebt und vom Direktor der Schule in Aussicht gestellt. Jedoch zunehmende Differenzen mit der Schulleitung, Kritik und Überwachung des Unterrichts, Beförderung zum Studienrat wird in Frage gestellt. Nach Auseinandersetzung mit dem Direktor erster "Nervenzusammenbruch". Drei Wochen Urlaub in der Bretagne, gebessert zurück. Ernennung zum Studienrat, jedoch wird von der Schulbehörde Versetzung an eine Schule einer Nachbarstadt angeordnet; dort ebenfalls Schwierigkeiten mit der Schulleitung, weiterhin Differenzen mit der vorgesetzten Schulbehörde. Nach Zuspitzung der Berufsschwierigkeiten zweiter "Nervenzusammenbruch", vom behandelnden Arzt am 17.9.1964 dienstunfähig geschrieben. Patient meint, es sei abgekartetes Spiel, ihn nicht hochkommen zu lassen, man konspiriere gegen ihn, man wolle ihn tottreten.-Auftreten von Magenschmerzen und eines ausgeprägten Genitalekzems. Vom Hausarzt wird eine Gastrobulbitis röntgenologisch nachgewiesen. Patient fühlt sich nicht dazu in der Lage, den Unterricht wieder aufzunehmen.- Befund und Beurteilung: Psychisch wirkt der Patient bei der Untersuchung wach, zugewandt, intelligent, Stimmungslage unauffällig. Der Affekt wird im wesentlichen bestimmt durch die eindringlich geschilderten situativen Schwierigkeiten, keine endogen-psychotischen Zuflüsse. Aus der Beschreibung seiner Lebensweise ergeben sich deutliche einzelgängerische und eigenbrötlerische Züge. Bei psychologischer Testung (Rohrschach, Baum, Lüscher) zeigt sich, daß der Patient auf Kritik stark emotional reagiert, sich benachteiligt, unverstanden und isoliert fühlt und sein Selbstwertgefühl -ursprünglich sehr stark ausgeprägt, aber labil- intensive Erschütterungen erleidet bei erheblichen Schwankungen der persön-

lichen Standfestigkeit. Abschließende Diagnose einer abnormen Erlebnisreaktion bei paranoider Erlebnisverarbeitung bei abnormer Persönlichkeitsstruktur; Zuordnung zu den sensitiven Persönlichkeitsstrukturen im Sinne KRETSCHMERs mit Neigung zu Expansiv-Reaktionen bei vorwiegend sthenischer Anlage mit geringer Retentionsfähigkeit und Vorherrschen egoistischer Komponenten.

Insgesamt kann bei oben dargestellter Gesamtstruktur zur Zeit einer beruflich schwerwiegenden Konfliktsituation mit einer in der Persönlichkeit begründeten abnormen Persönlichkeitsverarbeitung das Auftreten von organischen -psychosomatischen- Störungen seitens der Haut und des Gastrointestinaltraktes beobachtet werden.- Nach KLAUDER "übt die Psyche einen größeren Einfluß auf die Haut aus als irgendein anderes Organ . . . Die Haut ist ein wichtiges Organ für den Ausdruck von Emotionen und läßt sich nur mit dem Auge vergleichen". (zit. von ALEXANDER in PSYCHOSOMATISCHE MEDIZIN, 1951). Nach ALEXANDER gehört zum regressiven Typ der Reaktion auf Angst und Furcht, welche in einem Rückzug in eine hilflose Haltung, im Weglaufen, um Hilfe und Schutz zu finden, besteht, gesteigerte Magensekretion; diese sei wiederum Ausdruck des Wunsches, ernährt zu werden und gehöre somit zu den primitivsten Reaktionen auf alle Arten von emotionalen Belastungen.

2. Somato-Katagenesen

a) Kernfälle

1. Fall: Schwere paranoid-halluzinatorische Psychose
(1. Episode);
A.F., 17 Jahre, Schülerin; Aktennummer: 725/66

F.A.: unauffällig.- E.A.: Lange Geburt bei vorzeitigem Blasensprung, 2-jährig nachts viel geschrieen, dabei nicht ansprechbar, mit Luminaletten behandelt; Masern, Keuchhusten, 8-jährig Appendektomie.-
Primärpersönlichkeit und Lebenslauf: Ruhig, in sich gekehrt, legt keinen sonderlichen Wert auf zwischenmenschliche Beziehungen, Sammeln von Briefmarken.- Vier Jahre Volksschule, anschließend Mädchenoberschule, gute bis sehr gute Schülerin, Abschluß mit mittlerer Reife, anschließend Höhere Handelsschule.
Zur Psychose: Bis Herbst 1965 gut angepasst, psychisch unauffällig. Am 1. September 1965 plötzliches Auftreten von Nierenkoliken, Krankenhausaufnahme, Nierenstein im re. Ureter röntgenologisch festgestellt.- Unter stationärer Behandlung Rückgang der Beschwerden, wahrscheinlich Spontanabgang. Nach Rückkehr aus dem Krankenhaus am 16.9.1965 erscheint Patientin "zimperlich, durchgedreht, wie ein rohes Ei"; sie weigert sich, weiterhin die Schule zu besuchen; zur Mutter ausgesprochen frech und unangepasst. Am 13.1o.1965 bei Vorstellung in der Abteilung für Jugendpsychiatrie der Klinik Diagnose einer Pubertätskrise, Verdacht auf eine beginnende Psychose.- Patientin lehnt jede Art von Tätigkeit ab, bleibt zu Hause. Versuch der Eltern, sie am 1.4.1966 als Lehrling in eine Buchhandlung zu geben, scheitert, da Patientin die Lehre nach vier Wochen abbricht. Ebenso wird der Besuch einer Haushaltschule im Mai 1966 kurzfristig abgebrochen. Am 13.6.1966 Ausbruch einer

schweren paranoid -halluzinatorischen Psychose: Nach einem Verwandtenbesuch in verwahrlostem Zustand von der Polizei aufgegriffen; starker Rededrang; meint, an einem Autorennen teilzunehmen, von einem Segelflugzeug durch "Lichtstrahlen" geleitet zu werden.- Schwer zu sedieren; am 14.6. Klinikaufnahme: Vermutet Mikrophone im Arztzimmer, tänzelndes, leichtfüßiges, ophelienhaftes Umherwandeln auf der Station mit entrückter Miene, äußert Wohlbefinden und Glücklichsein; die Wahrnehmung ist ausgefüllt von einer Reihe von Halluzinationen und illusionären Verkennungen, Verlust der Schamschranken, zunehmender Autismus, lautes Verbigerieren, Stereotypien.- Intern-neurologisch, elektroencephalographisch und neuroradiologisch o.B.- Unter einer stark sedierenden Psychopharmacotherapie, der Anwendung einer Trapanal-Succinyl-Langzeitnarkose ("Heilschlaf") und einer Reihe von E.-Schocks langsames Abklingen der Psychose.- Nach dreimonatiger Behandlung ist die Patientin freundlich, zugewandt, angepaßt, im Denken frei von psychotischen Inhalten, jedoch Gefühl "ganz anders geworden zu sein".- Abschließend Verdacht auf Prozesspsychose, 1. Schub.-

Insgesamt: In unmittelbarem Anschluß an plötzlich aufgetretene Nierenkoliken, wobei von urologischer Seite ein Ureterstein röntgenologisch festgestellt werden kann, setzt bei Abklingen dieses Beschwerdebildes eine deutliche zunehmende Wesensänderung ein, welche in eine schwere paranoid-halluzinatorische Psychose ausläuft. Dabei abschließend Verdacht auf einen Prozess.

2. Fall: Endogene paranoide Psychose, manisch-depressiver Formenkreis.
J.H., 36 Jahre, verh., Hausfrau; Aktennummer 1110/65

F.A.: unauffällig; väterlicherseits unbekannt, uneheliches Kind.- E.A.: Als Kind Masern.- 1950, 1953 und 1959 je eine

Nierenkolik, 1959 komplikationslose Geburt eines Sohnes; 1960, 1961 und 1962 je ein Abort.- Häufig Anginen; 1962 Tonsillektomie.

Primärpersönlichkeit und Lebenslauf: Nach Angabe des Ehemannes intelligent, sehr aktiv, gesellig, fröhlich, jedoch Neigung zu Stimmungsschwankungen.- Bei der Mutter in Schlesien aufgewachsen, Besuch einer Mittelschule bis zum 16.Lebensjahr, anschließend 1943-1946 beim DRK, 1945 Flucht, 1948-1956 Musikstudium in Berlin und Frankfurt, 1955 Heirat, 1957/58 Engagement als Sängerin; dann Aufgabe der Künstlerlaufbahn wegen Ehe und Schwangerschaft; konflikthafte Entwicklung, da Patientin gegen den Wunsch des Ehemannes (Universitätsprofessor) ihre Laufbahn als Sängerin fortsetzen möchte.

Zur Psychose: In direktem Anschluß an eine Tonsillektomie im Dezember 1962 wird Patientin dem Ehemann dadurch auffällig, daß sie paranoide Gedanken bezüglich des Operateurs zum Ausdrück bringt (habe sie "als Frau begehrt"). Sie geht deshalb zum Pfarrer. In einem sich anschließenden Urlaub fühlt sie sich bespitzelt und verfolgt. Pension sei"Asyl für Lesbierinnen", kommt vorzeitig zurück, versteckt sich im eigenen Haus; entwickelt dann eine Reihe von Beziehungsideen und paranoiden Vorstellungen dahingehend, daß ihr Ehemann einer Organisation von Homosexuellen angehöre und auch selbst homosexuell sei; vermutet eingebaute Mikrophone im Keller, beschuldigt ihren Mann, sie und den kleinen Sohn mit einem Bonbon habe vergiften wollen; Wunsch zur Scheidung.1. Aufnahme: 7.3.-11.4.1963 - Therapie: 4 E.S., Insulinkur, Psychopharmaca. Entlassung bei vollständiger Distanzierung von den psychotischen Inhalten, freundlich und zugewandt.- 2. Aufnahme: 20.5. 1963-8.6.1963 unter dem Bilde einer still-gehemmten Depression (in ihr "alles leer, alles wie ein Berg vor ihr").-Nach Psychopharmacotherapie gebessert entlassen.- Am 19.6.1963 erscheint sie bei ambulanter Vorstellung leicht hypomanisch.

3. Aufnahme: 1.9.-25.10.1963: Nach Aussage des Ehemannes eigenmächtiges Absetzen der Medikamente drei Wochen zuvor, erneutes Auftreten von Beziehungsideen gleichen Inhalts; äußert, nun endgültig in ihren Beruf zurückkehren zu wollen, konsultiert einen Rechtsanwalt wegen der Scheidung.- Ehemann gibt ergänzend anamnestisch an: Nachdem Patientin mit größter Energie ihr Studium abgeschlossen habe (Unterhalt selbst verdient als Werkstudentin) und mit Ehrgeiz eine Karriere anstrebte, sei sie durch Aufgabe ihres Berufes infolge der Heirat ("die verhindert große Sängerin") auf die Dauer in eine Situation geraten, mit der sie nicht fertig werde. Die drei Aborte 1960, 1961, 1962 seien vom behandelnden Gynäkologen als "psychosomatisch" ausgelegt worden, da Patientin sich keine weiteren Kinder gewünscht habe (machte dem Ehemann dieserhalb Vorwürfe). Auf eine gezielte Befragung hin gibt der Ehemann weiterhin an, daß eine blande Verstimmung seit der Geburt des Sohnes bestanden habe.- Unter entsprechender Behandlung kann Patientin erneut gebessert nach Hause entlassen werden.- Nach einem freien Intervall von etwa neun Monaten erneuter Ausbruch des alten Wahnsystems; dazu entwickelt Patientin jetzt die Idee eines paedophilen, homosexuellen Incests ihres Mannes in Bezug auf ihren Sohn. Pat. muß gerichtlich eingewiesen werden. Stationäre 4. Aufnahme vom 22.7.-7.9.1964, Behandlung mit E.-Schock und Psychopharmaca, gebessert entlassen.- Am 31.1.1965: 5. Aufnahme: Patientin dehnt das paranoide System über Homosexuelle auf weitere Personen der Verwandtschaft aus. Nach tätlicher Auseinandersetzung mit dem Ehemann erfolgt polizeiliche Einweisung.- Psychopharmacotherapie - am 2.3. gebessert entlassen.- 6. Aufnahme: 19.8.-28.8.1965: Patientin erscheint wieder stark gespannt, altes Wahnsystem, verläßt eigenmächtig die Klinik.- Wenig später am 15.9.: 7. Aufnahme unter dem alten Zustandsbild; Suicidversuch in der Klinik, lehnt E.-Schock ab.-Nach Psychopharmacotherapie am 11.10.1965 in deutlich gebessertem Zustand entlassen.

Insgesamt: Nach einer Schwangerschaft (1. somatokatagenetischer Faktor)aufgetretener blander Verstimmungszustand läuft aus nach einer Tonsillektomie (2. deutlich somatokatagenetischer Faktor) in eine schwere paranoide Psychose, welche in einem Zeitraum von 2 1/2 Jahren zur siebenmaligen stationären Aufnahme führt. Bei dem immer wiederkehrenden Konflikt zwischen "Karriere" und Hausfrau wird im Laufe der Behandlung von psychiatrischer Seite die Frage nach einer "psychogenen" Psychose aufgeworden (zusätzlich psychogenetischer Faktor). Die Wahninhalte der Psychose sind insofern bezeichnend für den Konflikt der Patientin, als bei einer tatsächlichen Homosexualität des Ehemannes eine Scheidung voll motiviert und der Weg in den Beruf offen wäre (fragl. Wunscherfüllung in der Psychose). Die drei Aborte, welche der psychotischen Symptomatik vorausgehen, könnten - im Sinne des behandelnden Gynäkologen - als Ausdruck der Ablehnung von Ehe und Mutterschaft gedeutet werden.

3. Fall: Hirnorganischer Abbauprozess
H.E., 48 Jahre, verh., Hilfsarbeiter;
Aktennummer: 626/66

F.A.: Mutter 80 J., lebt, gesund; Vater mehrere Jahre wegen Depression in Nervenheilanstalt, dort 65-jährig gestorben, fragl. Suicid. Keine Geschister.- E.A. KK nicht erinnerlich, 1944 Gelbsucht, 1945 Bauchschuß und Splitterverletzung im Thoraxbereich links; 1945 Hungerdystrophie ("nur noch Haut und Knochen").
Primärpersönlichkeit und Lebenslauf:Nach Angabe der Ehefrau vor der Erkrankung "voller Leben", arbeitseifrig, ausgeglichen in der Stimmung, guten menschlichen Kontakt.- Glatter Volksschulbesuch, anschließend Schlosserlehre, Abschluß mit Gesellenprüfung, 1936-1945 Kriegsdienst, 1946 Heirat, fünf Kinder

im Alter von 6-18 Jahren.

Zur jetzigen Erkrankung: Nach Aussagen der Ehefrau, welche ihren Mann bereits vor dem Kriegsdienst kannte, habe dieser psychisch keinerlei Auffälligkeiten gezeigt, sei voller Schwung und Leben gewesen und habe voll leistungsfähig am Krieg teilgenommen. Im Frühjahr 1945 wurde der Patient dann bei Partisanenkämpfen in Oberitalien durch einen Bauchschuß schwer verletzt. Von dieser Zeit an im Wesen "völlig verändert". Nach Entlassung aus dem Lazarett 1945 in die Heimat wird die gedrückte Stimmung von den Angehörigen auf den schlechten Gesundheitszustand zurückgeführt. Jedoch keine Besserung auch nach Normalisierung des Ernährungszustandes (Patient ist zur Zeit der Untersuchung 16 Kilo übergewichtig nach Broca). Patient erscheint ausgesprochen interesselos, gibt seinen Beruf als Bauschlosser auf, an dem er angeblich "sehr gehangen" hat und arbeitet als Hilfsarbeiter gegen geringes Entgelt, sodaß die Ehefrau gezwungen ist, neben ihrem großen Haushalt noch als Reinemachfrau Geld zu verdienen. Diese Entwicklung geht über 20 Jahre, keine freien Intervalle. Keine Tagesschwankungen in der Stimmung, immer gleichmäßig gedrückt; grübelt viel, angeblich über verbotene Geschäfte, die er im Krieg aus Hunger mit den Partisanen gemacht hat. In den letzten Jahren Verschlimmerung: verliert jegliches Interesse an der Umwelt, allgemein vergeßlicher, reizbar und nachtragend, liegt viel und grübelt; Nachlassen von Libido und Potenz; klagt über Druckgefühl im Bauch, Sodbrennen, Angstzustände, Kopfschmerz frontal und im Hinterhauptsbereich und asthmatoide Beschwerden.- Wegen dieser somatischen Beschwerden erfolgt Einweisung in das zuständige Stadtkrankenhaus im Mai 1966, von dort Verlegung in die Univ. Nervenklinik Marburg unter dem Verdacht einer endogenen Depression.- Bei der Aufnahme ist der Patient bewußtseinsklar und voll orientiert, Mimik und Gestik spärlich, Sprache monoton, sehr leise, wenig modulationsfähig. Kontakt ist herstellbar, bricht

jedoch schnell wieder ab. Die Stimmung ist gedrückt, die Schwingungsfähigkeit insgesamt eingeschränkt; Pat. erscheint allgemein verlangsamt und schwer besinnlich. Mnestisch ergibt sich kein Anhalt für größere Ausfälle.- Körperlich-neurologisch: 15 cm lange Narbe in der oberen Medianlinie des Abdomens, Narbe in der Supraclaviculargrube; Leber 2 QF vergrößert, Lungenemphysem, grobblasige basale RG's; Hyperhidrosis. Röntgenbefund der Lunge: Geschoßsplitter im re. Oberfeld.- Spontanes Zittern des linken Augenlides, linke Armsehnenreflexe nur schwach auslösbar (Plexusverletzung), wechselnd positiver Babinski li., pos. Rossolimo re., grobe Kraft links abgeschwächt; Romberg: Schwanken nach rechts. FNV und KHV unsicher. EEG leicht allgemeinverändert.-Neuroradiologisch: Deutliche Spheno-parietale Diploevenenzeichnung mit parietalem Diploestern, Plexusverkalkung. P.E.G.: Mittelgradiger Hydrocephalus internus links stärker als rechts, betont im Vorderhorn und im Trigonumgebiet. Außerdem ausgesprochene Atrophie im Bereich der Hirnrinde, vorwiegend im Frontalbereich.- Luesspezifische Reaktionen negativ, Laborwerte im Bereich der Norm. - Abschließende Diagnose: Hirnorganischer Abbau mit depressiver Verstimmung und erheblicher Antriebsverminderung ; da Abbau vorwiegend im Frontalbereich nachweisbar, kann das Symptom der Depressivität und Antriebsverminderung ohne größere mnestische Ausfälle als hirnlokales Psychosyndrom aufgefasst werden.

Insgesamt: Nach einem schweren Bauchtrauma kommt es zur chronisch-progredienten Entwicklung eines depressiv-antriebsverminderten Zustandes mit den verschiedensten somatischen Beschwerden (Druckgefühl im Oberbauch, Aufstossen, Sodbrennen, asthmatoide Bronchitis), die klinisch-diagnostisch zunächst den Verdacht auf eine chronifizierte endogene Depression lenken, wobei dann aber die depressive Symptomatik als Ausdruck eines deutlich hirnatrophischen Prozesses erklärt werden kann. Jedoch erscheint der Fall im Ganzen unklar, vielschichtig,

problemhaft und letztlich diagnostisch und pathogenetisch völlig unbefriedigend. Das Bauchtrauma als auslösendes-somatokatagenetisches Moment- der zunächst in Erscheinung tretenden Verstimmung erscheint zwar eindeutig, ohne daß dabei jedoch eine zeitlich bestimmbare Beziehung zu den zerebralorganischen Veränderungen nachträglich gemacht werden kann, sodass Aussagen hierüber sich nur auf Vermutungen aufbauen lassen.

4. Fall: Endogene Depression mit ausgeprägter Somatisierung bei leichter innerer Hirnatrophie;
G.K., 43 Jahre, Bahnhilfsarbeiter, verh., Aktennummer :687/66

F.A.: unauffällig.- E.A.: Als Kind Masern und Diphtherie.- Primärpersönlichkeit und Lebenslauf: Fröhlich, viel Freunde, nach Aussagen der Ehefrau "einfach ein wunderbarer Mann".- Glatter Volksschulbesuch, danach in der Landwirtschaft tätig, seit 1957 als Hilfskraft im Bauzug bei der Bundesbahn; 1958 Heirat, drei gesunde Töchter, glückliche Ehe.- Zur Psychose: Im September 1964 bei der Arbeit am rechten Außenknöchel verletzt, danach Schwellung des rechten Kniegelenkes. Im Dez.1964 erneute starke Schwellung dieses Gelenkes, Krankenhausaufnahme, 12 Wochen stationär, Gelenk punktiert und ruhiggestellt. Bei Entlassung Klagen über Schwindelanfälle, vom behandelnden Arzt auf langes Liegen zurückgeführt. Wenige Tage nach der Heimkehr Auftreten von kolikartigen Schmerzanfällen im rechten Oberbauch. Patient wird zunehmend depressiv und interesselos, äußert den Wunsch, sterben zu wollen (habe sich "wie ein Maulwurf verkrochen"). In der Zeit von Frühjahr 1965 bis Juni 1966 wegen der anhaltenden Oberbauchbeschwerden mehrfache stationäre Behandlungen in verschiedenen Krankenhäusern der Umgebung. Pat. wird u.a. mehrfach geröntgt, probelaparatomiert und appendektomiert,

ohne daß ein pathologischer Befund erhoben werden kann. Zwischen dem 6. und 28.2. probeweise Wiederaufnahme der Arbeit, am 28.2. Suicidversuch, erneute Aufnahme in das zuständige Stadtkrankenhaus, von dort Verlegung in die Med. Klinik der Universität Marburg. Nach einem erneuten Suicidversuch in der Klinik am 3.6. Verlegung in die Univ. Nervenklinik.

Befund und Verlauf:Stimmungsmässig erscheint der Patient bei der Aufnahme depressiv und affektinkontinent; er ist bewußtseinsklar und voll orientiert.- Intern: Vereinzelt Extrasystolen, Palmarerythem bds., BSG 32/58, AST mit 640 ASE erhöht; CRP-Latex-R schwach positiv; im Stuhl unverdaute Fett- und Muskelbestandteile; kein Anhalt für Vit.-B_{12}-Resorptionsstörung.-Luesspezifische Reaktionen negativ. Neurologisch: Horizontaler Einstellnystagmus nach re. und li., cutane und tiefe Bauchdeckenreflexe schwach auslösbar; Liquor (lumbal):Ges. Eiweiß von 34 mg % bei 3/3 Lymphoc.; Neuroradiologisch:o.B.EEG im Normbereich; PEG: Geringgradige Erweiterung der Seitenventrikel als Ausdruck einer inneren Hirnatrophie.- Spontane Besserung der weiterhin geklagten starken Schmerzen im Oberbauch jeweils auf 2 ml aqua dest. i.m.; nach zweiwöchiger Behandlung unter Antidepressiva, Insulin-Schocks und einer medikamentösen Therapie der angedeuteten Verdauungsinsuffizienz stimmungsmässig deutliche Auflockerung, Oberbauchschmerzen werden von nun ab verneint. Bis auf einen ungeklärten erhöhten AST und eine erhöhte BSG wird der Patient nach vierwöchiger Behandlung deutlich gebessert entlassen.

Insgesamt: Im Anschluss an einen Arbeitsunfall (Knöchelverletzung) wird eine lang hingezogene endogene Depression(bei leichter innerer Hirnatrophie) manifest, welche infolge ausgesprochener Somatisierung zu einer Reihe von Kliniksaufenthalten und diagnostischen Maßnahmen von internistischer und chirurgischer Seite führt, bis die Diagnose nach einem zweimali-

gen Selbstmordversuch von psychiatrischer Seite gestellt werden kann. Positiv im Sinne der Somato-Ätiogenese.

5. Fall: Akute endogene paranoid-halluzinatorische Psychose W.O., 34 Jahre, Bäckermeister, ledig; Aktennummer: 594/66

F.A.: unauffällig. E.A.: KK nicht erinnerlich, 1942 Hepatitis, 1944 Commotio cerebri, 1949 Halslymphknoten-Tbc; Primärpersönlichkeit und Lebenslauf: Nach Angaben der Angehörigen liebenswürdig, gutmütig, hilfsbereit.-Nach glattem Volksschulbesuch Bäckerlehre, dann Fachschule und Meisterprüfung.
Zur Psychose: 1. Aufnahme 15.6.-6.8.1964: Im Anschluß an eine G r i p p e kommt es zum Ausbruch einer akuten, expansiven Psychose mit halluzinatorischen und paranoiden Zügen (1. Episode)Patient fühlt sich beobachtet, denkt, seine Stimme werde auf ein Tonbandgerät aufgenommen und die Radiosendungen seien auf ihn zugeschnitten; sehr erregt, meint, er werde "wahnsinnig".Therapie mit ES und Neuroleptica.- 2. Aufnahme: 23.7.-24.8.1965 (2. Episode)-Zwischenzeitlich nach Angabe der Angehörigen psychisch unauffällig. Nach einem Autounfall Mitte Juli 1965, wobei die Beifahrerin Verletzungen erleidet, macht sich der Patient schwere Vorwürfe, wird zunehmend unruhig, schlaflos, gespannt, Suicidversuch. Bei der Aufnahme substupurös, mutistisch; Schnittwunde an der Innenseite des linken Handgelenkes. Nach 5 ES und Psychopharmacotherapie gebessert entlassen.- 3. Aufnahme: 11.5.-15.6.1966 (3. Episode); gerichtliche Einweisung, da er in einem Dämmerzustand in seinem Auto aufgefunden wird. Bei der Aufnahme substupurös, mutistisch, negativistisch. Bei späterer Exploration ergibt sich, daß der Patient bei starker Überarbeitung in einem Großstadt-Bäckereibetrieb

zunehmend unruhig und schlaflos geworden ist. Aufkommen von massiven Beziehungsideen; meint, seine Gespräche würden abgehört, die Polizei sei hinter ihm her; sieht etwas Bedrohliches auf sich zukommen; nur bruchstückhafte Erinnerung an die letzten Tage vor der Aufnahme. Befund: Körperlich-neurologisch o.B.- Nach vierwöchiger stationärer Behandlung unter ES- und Psychopharmacotherapie ist das Denken frei von wahnhaften Inhalten, der Patient ist aufgelockert, freundlich, kontaktfähig. Kein Anhalt für Intelligenzdefekte.
Insgesamt: Im Jahre 1964 kommt es bei dem bis dahin psychisch unauffälligen Patienten nach einer schweren Grippe zum Ausbruch einer akuten paranoid-halluzinatorischen Psychose, der eine zweite Episode nach einem Unfall und eine dritte Episode nach beruflicher Überarbeitung folgt. Bezüglich des Unfalls ist zu bemerken, daß infolge sich widersprechender Angaben des Patienten nicht sicher zu beurteilen ist, ob dieser als rein auslösendes Moment beurteilt werden kann, oder ob der Patient, bereits in der beginnenden Psychose, den Unfall selbst verschuldete. Festzuhalten ist aber, daß die Psychose im Anschluß an dieses Ereignis akut zum Ausbruch kommt. Der somatokatagenetische Faktor der G r i p p e initial kann als sicher positiv im Sinne unserer Fragestellung gelten.

b) Randfälle

Die folgenden Fälle werden epikritisch wiedergegeben:

6. Fall: Endogene Depression
A.F., 64 Jahre, verh., Hausfrau;Aktennummer: 731/66

Epikrise:Die Patientin befindet sich zur Zeit der Untersuchung wegen der dritten Phase einer endogenen Depression in stationärer Behandlung der Klinik.- Familienanamnestisch unauffällig, Zwillingsschwester (eineiig) gesund.- Primärcharakterlich stets fröhlich, antriebsreich, "offenes Gemüt". Nach glattem Volksschulbesuch Tätigkeit in der Landwirtschaft, Heirat 26-jährig, ein Sohn, gesund; gute Ehe.- Eigene Vorkrankheiten unauffällig.- Zur Depression: 1.Phase 1939, Univ. Nervenklinik Marburg: Etwa ein halbes Jahr vorher beide Arme an der Dreschmaschine "verrenkt"; wegen anhaltender starker Schmerzen im März/April 1939Krankenhausbehandlung, keine wesentliche Besserung. Nach der Entlassung unruhig, schlaflos, depressiv, Klagen wegen der Beschwerden in den Armen: . . "daß sie nicht alles arbeiten könne". In der Klinik Dämmerschlafbehandlung. Verdacht auf Neuritis, da Patientin glaubhaft Schmerzen im Verlauf des N. ulnaris angibt. Vorübergehend hypomanisch, dann erneut depressiv. Entlassung auf eigenen Wunsch gegen großen Revers.- 2. Phase 1940: Patientin verliert kurz vorher innerhalb von vier Wochen Vater und Mutter durch den Tod. Danch unruhig, schlaflso. Bei der Aufnahme endogens Bild, keine reaktive Verstimmung anzunehmen. Nach hohen Dosen Sedativa hypomanisch. Gebessert entlassen. - 3. Phase 1966: Nach einem freien Intervall von 26 Jahren erneut depressiv nach wiederum einer Armverletzung. Beim Holzholen aus dem Wald im Jan. 1966 re. Arm "verrenkt". Als die behandelnde Ärztin bemerkt, dass Muskelverletzungen oft länger dauern als Knochenbrüche, verspürt Patientin einen plötzlichen "Druck auf der Brust". Zunehmend schlaflos, unruhig, interesselos. Starke Gewichtsabnahme. Bei der Aufnahme voll orientiert, antriebsvermindert, gespanntdepressiv, viele Klagen wegen der Armverletzung.- Intern: Lippencyanose, syst. und diast. Herzgeräusch, Hypertonie, am Augenhintergrund arteriosklerotische Veränderungen, EKG normal.- E.E.G. o.B.-Neuroradiologisch: Verdacht auf Syphon-

sklerose li. - Nach Behandlung mit Antidepressiva gebessert entlassen.

Insgesamt: Jeder Phase geht ein auslösendes Ereignis voraus, wobei Phase 1 und 3 jeweils durch eine Armverletzung eingeleitet wurden, Phase 2 dagegen durch den Tod der Eltern. Zu diskutieren wäre jedoch, ob tatsächlich die Armverletzungen zur Verstimmung führten oder aber in der beginnenden Depression durch unkonzentriertes, ungeschicktes Verhalten es zu den Verletzungen kam. Auffallend ist jedoch die Gleichartigkeit des angeschuldeten Traumas.

7. Fall: Endogene Depression mit sensitiv-paranoider Symptomgestaltung.
W.T., 33 Jahre, Zugführer, verh., Aktennummer 738/66

Epikrise: Der Patient wird wegen einer endogenen Depression zur Zeit der Untersuchungen in der Klinik stationär behandelt. Mutter im Senium an akuter Psychose erkrankt. Selbst nie ernstlich krank gewesen. Primärcharakterlich ruhig, Neigung, alles sehr ernst zu nehmen; viel Freunde; seit zwei Jahren mit elf Jahre jüngerer Frau verheiratet, glückliche Ehe, ein Kind.- Seit einigen Jahren jährlich kurzdauernder Zustand, in dem er viel grübeln müsse; in Zusammenhang mit anstrengendem Nachtdienst gebracht, bisher nie ärztlich behandlungsbedürftig. Jetzt Anfang Mai 1966 G a l l e beschwerden. Vom Hausarzt mit Pepsinmixtur behandelt, danach Besserung. Jetzt "vollkommen mit den Nerven fertig", Aufkommen von Schuldgefühlen wegen eines dienstlichen Vergehens, welches längst erledigt war (Signal überfahren, kein Personen- oder Sachschaden, 10,-- DM Geldstrafe). Bei der Arbeit Angst, es könne zu Hause etwas passieren: das Kind könne vergiftet werden; vielleicht sei es nicht von ihm, sondern von seinem Vater oder von einem Fern-

sehmonteur; es könne auch sein, daß es ein Zwilling sei und man das andere Kind bei der Geburt weggenommen habe; er selbst sei wohl auch ein Zwilling; es sei Krieg und überall Militär; er und seine Frau seien kastriert worden; außerdem seien sie sehr verschuldet und könnten nichts mehr bezahlen.- Bei der Aufnahme gehemmt, sorgenvoll, traurig. Keine intellektuellen Ausfälle. Körperlich-neurologisch o.B., luesspezifische Reaktionen negativ.- Unter der Gabe von Neuroleptica deutliche Besserung, Entlassung nach vier Wochen.

Insgesamt kommt es bei hereditärer Belastung und nach vorangegangenen blanden depressiven Zuständen nach Gallebeschwerden zu einer akuten Psychose mit sensitiv-paranoiden Inhalten, wobei in diesem Fall offen gelassen werden muß, ob die somatischen Beschwerden als somatokatagenetischer Faktor oder als erstes Zeichen der Psychose im Sinne einer Somatisierung zu deuten sind. Da eine Objektivierung des Beschwerdebildes (Rö.-Aufnahmen) von internistischer Seite nicht erfolgte, entziehen sich diese Zusammenhänge einer genaueren Untersuchung. Zu bemerken ist jedoch, daß eine Besserung nach Gabe eines Fermentpräparates eintrat und die Störungen bei Ausbruch der Psychose abgeklungen waren.

8. Fall: Cyclothymie; Hirnatrophischer Prozess;
E.F., 45 Jahre, verh., Hausfrau; Aktennummer:666/66

Epikrise: Die Patientin befand sich vom 31.5.-17.8.1966 wegen der 3. Phase einer Cyclothymie in stationärer Behandlung der Klinik. Mutter in einer Depression im Klimakterium Suicid durch Erhängen; Schwester 1962 wegen Depression in stationärer Behandlung. Selbst bisher keine ernsthaften körperlichen Erkrankungen. Primär freundlich, hilfsbereit, sehr gewissenhaft, nehme alles "fast zu genau". In der Volks-

schule gute Schülerin, anschließend Landwirtschaft und vorübergehend Büroaushilfe im Krieg. 27-jährig Heirat, ein Sohn, gesund, gute Ehe. Zur Psychose: 1. Phase 23-jährig, depressiver Stupor. ES-Behandlung. 2. Phase 27-jährig: Die Psychose tritt diesmal auf postpartal: Patientin wird im Wochenbett zunehmend einsilbig. Das Kind, über welches sie sich zunächst sehr gefreut hat, interessiert sie nicht mehr. Aufnahme in depressivem Stupor. ES-Behandlung.- 3. Phase 46-jährig: Beginn mit einem Galleanfall, zunehmend unruhig und schlaflos, Klagen über Herzklopfen; meint, kaltes Wasser laufe ihr die Stirn hinunter, vor dem Hause säßen Katzen und der Satan wolle sie holen, doch der Heiland passe auf; zunehmend mißtrauisch; äußert, vergiftet zu werden. Bei der Aufnahme voll orientiert und bewußtseinsklar, stark antriebsgesteigert, nicht zu stillender Redefluß, Stimmung heiter bis gereizt, massenhaft Illusionen und Halluzinationen. Körperlich-neurologisch o.B.; EEG: niedriggespanntes, partielles β-Wellen EEG, Normvariante; Neuroradiologisch: Geringe Schädelasymmetrie, Selladysplasie mit doppelseitiger, knöcherner Sellabrücke. Pneumatisationshemmung im Felsenbein und Mastoidbereich rechts. PEG: Geringgradige Erweiterung beider Seitenventrikel re. stärker als li. als Ausdruck einer inneren Hirnatrophie. Nachweis einer Atrophie im rindennahen Bereich. Luesspezifische Reaktionen negativ. Im Verlauf einer fast dreimonatigen stationären Behandlung Umschlagen des zunächst heiter gereizten Bildes ins Depressive: jammernd getrieben, dann stupurös. Unter hohen Dosen Psychopharmaca und 6 ES langsame Besserung.
Insgesamt: Bei hereditärer Belastung Ingangkommen einer Psychose des manisch-depressiven Formenkreises 23-jährig; Zweite Phase 27-jährig im Wochenbett; Dritte Phase 46-jährig nach einem Galleanfall (wobei wiederum diagnostisch die gleichen Schwierigkeiten vorliegen wie in Fall Nr. 7); die subjektiv geklagten Beschwerden klingen auch hier bei Aus-

bruch des akut psychotischen Bildes ab. Daneben nachgewiesener hirnatrophischer Prozess.

9. Fall : Verdachtsdiagnose: Hypochondrische endogene Depression bei primär psychasthenischer Persönlichkeit; anankastische und phobische Züge. M.P., 32 Jahre, verh., Hausfrau; Aktennummer 108/65

Epikrise: Die Patientin befand sich im Jahre 1965 kurzfristig in stationärer Behandlung der Klinik, verließ die Klinik gegen Revers; Verdacht auf endogene Depression.- Vater herrschsüchtig, leicht reizbar, einmal "nervenkrank" (keine genauen Angaben); Bruder leidet an ulcus ventriculi. Primärcharakterlich heiter, aber "sensibel, zu genau". 1955 Heirat, 1956 Partus,(Tochter, gesund); danach erstmals Angst vor dem Alleinsein; 1958 2. Partus (Tochter, gesund). Eine Woche nach der Entbindung "Hang nach dem Fenster"; Angst, vom Balkon springen oder ihrem Kinde etwas antun zu müssen. Auftreten von Körpermißempfindungen: befürchtet, Multiple Sklerose zu haben; dann "Luftbeschwerden, Atemnot, Herzschmerzen, Übelkeit". Behandlung in der Med. Universitätsklinik , anschließend Sanatoriumsaufenthalt.- 1959: Plötzlich heftige Abdominalschmerzen, Verdacht auf Appendizitis; keine Operation, Verlegung von der chirurgischen auf die innere Abt. des zuständigen Krankenhauses, hier nächtliches Hochschrecken; Übernahme von einem psychiatrischen Krankenhaus, Verdacht auf endogene Depression, vier Wochen stationär.- 1963: 3. Partus (Sohn, gesund). Während der Schwangerschaft und nach der Entbindung geht es der Pat. ausgesprochen gut, "viel Kraft und Freude an der Arbeit". Seit Anfang 1964 wieder verstimmt: Schwindel, Kopfschmerzen, Druckgefühl über dem Herzen, Gefühlsstörungen li., starke Gewichtsabnahme, "Raumangst"; Angst, mit ihrem

Kind allein zu sein. Dazu kommt ein Ehekonflikt, da Ehemann beruflich stark beansprucht und Patientin mit den Kindern viel allein. Bei der Aufnahme Klagen über eine Vielzahl von somatischen Beschwerden.- Körperlich-neurologisch o.B.; Intern: Normales EKG, kein Anhalt für organischen Abdominalbefund; Laborwerte im Normbereich. Beginn einer Therapie mit Antidepressiva und unterschwelligen Insulindosen. Patientin erscheint moros, klagsam, unzufrieden und verläßt nach einer Woche gegen Revers die Klinik (" da man ihr doch nicht helfe"), sodass eine weitere diagnostische Klärung des Krankheitsbildes nicht möglich ist.-Insgesamt wahrscheinlich Manifestation eines endogenen Verstimmungszustandes nach der ersten Schwangerschaft, Verstärkung der Symptomatik bei der zweiten Schwangerschaft: anankastisch-hypochondrisches Bild. Freies Intervall bei der dritten Schwangerschaft. Insgesamt scheinen die ersten beiden Schwangerschaften im Sinne zweier hintereinandergeschalteter somatokatagenetischer Faktoren Bedeutung zu haben, wobei die zweite Schwangerschaft die psychopathologische Symptomatik verstärkt.

10. Fall: Fragliche atypische Trigeminusneuralgie; Verdacht auf depressiven Verstimmungszustand, bzw. endogene Depression.
U.S., 27 Jahre, verh., Hausfrau; Aktennummer 54o/66

Epikrise: Die Patientin befand sich von Ende April bis Ende Mai 1966 in stationärer Behandlung der neurologischen Abteilung der Klinik.- Familienanamnestisch ist zu erwähnen, daß die Mutter und mehrere Tanten der Patientin an migränoiden Kopfschmerzen leiden; ein Onkel soll Gehirnschwund haben. - Primär nach Selbstschilderung etwas scheu, zurück-

haltend, am liebsten allein, angeblich keine Stimmungsschwankungen.-Volksschule, Fabrikarbeiterin, 20-jährig Heirat. Seit dem 8. Lebensjahr Migräneattacken, besonders perimenstruell. Seit der Verheiratung sistieren diese Beschwerden, insbesondere während der Schwangerschaften(3 Partus, davon einmal Zwillinge). Nach dem jeweiligen Wochenbett jedoch mehr dauerhafter Kopfschmerz im Stirnbereich. Seit der Geburt des jüngsten Kindes vor einem Jahr (Steißlage, komplizierte Geburt)fühlt sich die Patientin insgesamt in ihrem Befinden außerordentlich beeinträchtigt. Bei gutem Appetit und reichlicher Nahrungsaufnahme ca. 25 Kg Gewichtsverlust, Stimmung durchgehend schlecht, "alles zuviel". Seit etwa zehn Wochen vor der Aufnahme anfallsartig auftretende sehr starke Schmerzen im linken Gesichtsbereich (2. und 3. Trigeminusast), nicht bei Kälte, Luftzug usw., aber bei seelischen Erregungen und perimenstruell; dabei überwiegend gegen 15^{00}h, ("am liebsten schreien vor Schmerzen"), postparoxysmale Harnflut; seit Beginn dieser Schmerzatta-cken keine dauerhaften Kopfschmerzen mehr wie zuvor. Einnahme von 2-22 Tabletten Dolviran/die, dazu Togal und Buscopan; Nikotinabusus (36 Zigaretten/die). Bei der Aufnahme leicht und hintergründig verstimmt, müde, erschöpft, emotional wenig schwingungsfähig. Ein Testergebnis der Affektlage ergibt nur geringe Belastbarkeit; gut durchschnittlicher Intelligenzquotient.-Intern: Asthenische Patientin in reduziertem AZ. Laborwerte im Normbereich. Sabin-Feldmann-Test und KBR auf Toxoplasmose negativ. Radiojodtest: Kein sicherer Hinweis auf Funktionsstörungen.-Neurologisch: Hirnnerven bei genauer Prüfung intakt, Hyperästhesie und Hyperalgesie im Trigeminusbereich 2 li. nicht immer reproduzierbar, sonst o.B.; Liquor(lumbal), EEG und Röntgenaufnahme des Schädels in zwei Ebenen ohne pathologischen Befund. Auf gezieltes Befragen gibt der Ehemann gewisse Schwierigkeiten in eroticis an, jedoch scheint die Patientin dadurch nicht belastet.

Insgesamt ist trotz gründlicher klinischer Untersuchung keine endgültige Klärung des Beschwerdebildes möglich. Differentialdiagnostisch wird an eine atypische Trigeminusneuralgie, einen depressiven Verstimmungszustand bei chronischer Vitalitätssenkung mit hyperästhetisch-emotionellen Zügen bzw. an eine endogene Depression gedacht, welche postpartal in Gang gekommen ist, sodass die letzte Schwangerschaft als auslösender Faktor zu werten wäre. Zu bemerken ist, daß die Migräne nach der Heirat von dem mehr allgemeinen Kopfschmerz und dieser wiederum nach der letzten Schwangerschaft abgelöst wird von dem oben geschilderten Beschwerdebild, sodass ein Syndrom-Shift zu diskutieren sei.

11. Fall: Involutionsdepression
A.Sch., 59 Jahre, technische Lehrerin, ledig;
Aktennummer 39/65;

Epikrise: Die Patientin wurde im Januar 1965 wegen einer Depression im Involutionsalter in der Klinik behandelt. Familienanamnestisch ist zu erwähnen, daß zwei Schwestern der Patientin an phasischen Verstimmungen leiden. - Primär nach Selbstschilderung meist heiter, weich und nachgiebig; viel und gern allein, sehr ordentlich ("penibel"), betont religiös. Glückliche Kindheit, Besuch eines Lyzeums und technischen Seminars; technische Lehrerin an verschiedenen Schulen.- Zur jetzigen Erkrankung: Seit 1939 sei ihr Hals zunehmend dicker geworden, dabei Atembeschwerden und leicht reizbar; deshalb im März 1964 Strumektomie in einem auswärtigen Krankenhaus. Nach der Operation habe ihre jetzige Krankheit begonnen: Unruhe, Schlaflosigkeit, Angst vor der Schule, Interesselosigkeit, "Zucken und Zittern in den Gliedern", Angstgefühl über der Herzgegend, Obstipation, Appetitlosigkeit, Sodbrennen, "Kloß im Hals". Patientin geht nicht

mehr zum Unterricht. Bei der Aufnahme voll orientiert, stimmungsmässig gedrückt, im Denken verlangsamt, geringe affektive Schwingungsbreite. Die Gedankeninhalte kreisen um die Krankheit und die somatischen Beschwerden. Körperlich-neurologisch o.B.; kein Anhalt für Hypothyreose; Luesspezifische Reaktionen negativ.- Unter einer Therapie mit Antidepressiva gute Besserung und Entlassung nach vier Wochen.

Insgesamt kommt es bei einer 59-jährigen Patientin nach einer Strumaoperation bei vorbestehender (fraglicher) Hyperthyreose zur Entwicklung einer Involutionsdepression. Die Operation scheint auslösende Bedeutung zu haben. Bei dem Wechsel von der Hyperthyreose zur endogenen Depression läge hier zugleich, ähnlich Fall 10, ein Syndrome-Shift vor, sodass an dieser Stelle eine enge Beziehung bzw. die Grenze zur KATAGENESE zu liegen scheint, wobei die Operation jedoch als somatokatagenetischer Faktor betrachtet werden kann.

IV. Ergebnis der Untersuchungen, Diskussion

In der folgenden Übersicht seien noch einmal die dargestellten Fälle und ihre wichtigsten Faktoren zusammengestellt:

Nr.	Diagnose	heredit. Belastung	psycho-katag. Faktoren	somato-katag. Faktoren	Sonstiges
I. Psycho-Katagenesen:					
a) Kernfälle:					
1.	Endog. Psychose	-	+	-	gestörte Kindheitsentw.
2.	Involut. Dp. bei Hirnatrophie und Vit. B_{12}-Resorpt. Störg.	+	+		Verdacht auf Myocardinfarkt
3.	Endogener Verstimmungszustand	-	+	+	gestörte Kindheitsentw.
4.	Depressiver Stupor; hirnatrophischer Prozess	+	+	-	Hypotonie
b) Randfälle:					
5.	Funktioneller Handtremor	+	+	-	gestörte Kindheitsentw.
6.	Involutions-Dp.	+	+	+	Hypertonus
7.	Encephalitis disseminata	-	+	-	-
8.	Gastritis, Ekzem	-	+	-	-

Nr.	Diagnose	heredit. Belastung	psycho- katag.	somato- Faktoren	Sonstiges
II. Somato-Katagenesen:	a)Kernfälle				
1.	Verdacht auf Prozesspsychose	-	-	+	-
2.	Endogene paranoide Psychose	?	-	+	-
3.	Hirnatrophischer Abbauprozess	+	-	+	Adipositas
4.	Endogene Depression; innere Hirnatrophie	-	-	+	Verdauungsinsuffienz
5.	Endogene paranoid-halluzinatorische Psychose	-	+	+	-
	b)Randfälle				
6.	Endogene Psychose MDI	-	+	+	Hypertonus
7.	Endogene paranoide Psychose	+	-	+	-
8.	Endogene Psychose MDI Hirnatr.Prozess	+	-	+	-
9.	V.D.:Endogene Dp.	?	-	+	
10.	fragl.Trigeminusneuralgie	?	-	+	Migräne
11.	Involutions-Dp.	+	-	+	Hyperthyreose

ad I :Psycho-Katagenesen.

Es wurden neun Fälle dargestellt, bei welchen sich eine umschriebene Konflikt- oder Belastungssituation in engem zeitlichen Zusammenhang mit der Erkrankung nachweisen lässt. Dabei kommen in fünf Fällen psychopathologische Syndrome, in einem Fall ein funktioneller Handtremor, in einem Fall eine Encephalomyelitis und im letzten Fall psychosomatische Störungen zur Beobachtung. Die ausgelösten Störungen stehen zunächst in einem verstehbaren -sinnvollen- Zusammenhang mit der auslösenden Situation, besonders in den dargestellten Kernfällen Nr. 1-5 deutlich ausgeprägt. Dann aber läuft der Morbus völlig eigengesetzlich ab. Bei der im Beobachtungsgut vorkommenden relativ großen Anzahl ausgelöster endogener Psychosen erhebt sich grundsätzlich die Frage nach der Bedeutung auslösender Faktoren bei der Manifestation dieser Erkrankung. Bei insgesamt 65 beobachteten Phasen des manisch-depressiven Formenkreises ließen sich derartige Zusammenhänge -somatisch oder psychisch- in 23% nachweisen; jedoch ist dabei die relativ kleine Anzahl von insgesamt 50 untersuchten psychiatrischen Patienten zu berücksichtigen, sodass erst die Auswertung eines grösseren Untersuchungsmaterials genauere Ergebnisse ergeben würde.

Eine Differenzierung der psycho-katagenetischen Faktoren erfolgte in Übersicht II c, Seite 42. Dabei finden sich: Tod oder Krankheit naher Angehöriger (4 mal), schwere Schreck- oder Schockerlebnisse bzw. belastende Nachrichten (4 mal), Auflösung eines Verlöbnisses (1 mal), berufliche Schwierigkeiten (1 mal), Umzüge (1 mal).

ad II :Somato-Katagensen.

Es kamen 11 Fälle zur Beobachtung, davon acht endogene Psychosen des manisch-depressiven Formenkreises, eine Prozesspsychose, eine fragliche Trigeminusneuralgie mit Verdacht auf einen endogenen Verstimmungszustand und eine Involutionsdepression. In Übersicht II c, Seite 42, erfolgte eine Differenzierung der somato-katagenetischen Faktoren, welche sind Unfälle (Arbeitsunfälle, Kriegsverletzungen) (-4 mal-,) Schwangerschaft und Wochenbett (4 mal), Operationen (2 mal), Nieren- bzw. Gallekoliken (3 mal); außerdem wurde in Fall I,2 die Frage nach einem abgelaufenen Myocardinfarkt gestellt.

Hervorzuheben ist in Fall II,1 eine enge zeitliche Verknüpfung eines akuten Nierensteinsyndroms -röntgenologisch gesichert- mit dem Ausbruch der Psychose. Einen ähnlichen Fall sah SPIEGELBERG (1955), bei welchem hingegen eine Konkrementbildung röntgenologisch nicht nachgewiesen werden konnte, jedoch nach Angabe namhafter Untersucher von chirurgisch-urologischer Seite das Vorliegen eines Nieren- bzw. Ureterensteines angenommen werden mußte. Auch hier schob sich mit Sistieren der Lokalbeschwerde die psychische Symptomatik in den Vordergrund (vergl. auch Fall II, 7 und 8; hier Gallekoliken). Bezüglich Fall I,2,bei welchem bei Beginn der Involutionsdepression mit Suicidversuch elektrokardiographisch Zeichen eines abgelaufenen Myocardinfarktes sich zeigen, sei auf einen ähnlichen von SPIEGELBERG (1955) beobachteten Fall verwiesen, wobei ein Myocardinfarkt einer endogenen Depression unmittelbar vorausgeht. SPIEGELBERG verweist auf gleichartige Beobachtungen von BÜRGER-PRINZ.

Ein grippaler Infekt in einem engen zeitlichen Zusammenhang zur ersten Episode einer paranoid-halluzinatorischen Psychose findet sich in Fall II,5 . Dazu seien Untersuchun-

gen von H.H.MEYER (1953) erwähnt, der ein gehäuftes Vorkommen von fieberhaften Infekten zu Beginn psychotischer Episoden sah.

In Fall II 8, 9 und 10 führen Schwangerschaft und Wochenbett zu einem psychopathologischen Syndrom, wobei in Fall 8 im Wochenbett die zweite Phase einer Cyclothymie in Gang kommt, in Fall 9 jeweils nach einer Schwangerschaft ein anankastisch-phobisches Bild zu beobachten ist und in Fall 9 -letztlich ungeklärt- sich die Frage nach einem postpartal in Gang gekommenen endogenen Verstimmungszustand bzw. einer endogenen Depression erhebt; hier wäre eine Zuordnung zu WEITBRECHTs endo-reaktiven Dysthymien zu diskutieren, bei welchen sich aus einem Erschöpfungssyndrom, einer echten Erschöpfungsneurasthenie, heraus -insbesondere auch durch gehäufte Schwangerschaften- allmählich eine Depression entwickelt, die an Tiefe und Mitsprechen des endothymen Grundes sich hinsichtlich ihres Vitalcharakters nicht von einer von vorneherein endogenen unterscheidet.

Kombination von psycho- und somato-katagenetischen Faktoren:

Eine Kombination beider Faktoren in der Art einer Hintereinanderschaltung im Sinne eines Verstärkermechanismus läßt sich in zwei Fällen deutlich aufzeigen: In Fall I, 3 verstärkt eine gynäkologische Totaloperation eine durch ein akutes schweres Schreckerlebnis hervorgerufene depressiv phobisch-anankastische Symptomatik, während Fall I, 6 folgende Reihenfolge der Faktoren aufweist: eine eingreifende Milieuveränderung im Senium läßt eine vom Zeitpunkt einer Hysterectomie an bestehende "nervöse" Symptomatik in Form einer Involutionsdepression klinisch manifest werden.

Der fraglich abgelaufene Myocardinfarkt in Fall I, 2 wäre ebenfalls als ein verstärkender Faktor eines psychokatagenetisch in Gang gekommenen Geschehens zu werten, wobei jedoch die Frage nach dem Beginn der nachgewiesenen Hirnatrophie bzw. nach einer "seelischen Kompensierbarkeit beginnender organischer Störungen" (WEITBRECHT) offen gelassen werden muß. In Fall II, 2 wird die Frage nach einer Psychogenese aufgrund eines chronischen Konfliktes aufgeworfen. Eindeutig ist in diesem Fall die Somato-Katagenese in Form einer Tonsillektomie, die die psychopathologische Symptomatik -fraglich psychogenetisch untermauert- klinisch manifest werden läßt.

Erbbiologische Belastung:

Eine erbbiologische Belastung hinsichtlich des Vorkommens endogener Psychosen ließ sich in 8 von insgesamt 16 Fällen nachweisen. Eine entsprechende Belastung hinsichtlich des Vorliegens psychopathisch-neurotischer Syndrome scheint in Fall I, 5 vorzuliegen. In Fall II, 10 zeigt sich ein gehäuftes Vorkommen psychosomatischer Störungen im engeren Verwandtenkreis.

Beziehung zwischen endogenen und psychosomatischen Störungen:

Auf Beziehungen zwischen endogenen Störungssyndromen und psychosomatischen Krankheiten in Form eines synchronen oder alternierenden Vorkommens haben LOPEZ-IBOR und SPIEGELBERG aufgrund eigener Beobachtungen hingewiesen. Unter dem Beobachtungsgut der eigenen Arbeit zeigt Fall I, 6 die Manifestation einer blanden endogenen Verstimmung und eines Hypertonus synchron nach einer gynäkologischen Operation. In

Fall II, 10 wird eine Migräne nach Heirat und Schwangerschaft abgelöst von einem (fragl.) endogenen Verstimmungszustand. In Fall II, 11 leitet eine Strumektomie wegen Hyperthyreose eine Involutionsdepression ein(Beziehungen zum Syndrome-Shift wurden bereits bei der Fallschilderung erörtert).

Cerebralorganische Faktoren:

Hirnatrophische Prozesse fanden sich in fünf Fällen (Fall I, 2 und 4; Fall II, 3, 4 und 8), wobei über katagenetische Zusammenhänge allenfalls nur in der Beziehung von auslösendem Faktor zu der klinischen Manifestation der Störungen Aussagen gemacht werden können. In Fall I, 2 wird durch einen eindeutig psycho-katagenetischen Faktor das Bild einer Involutionsdepression manifest, wobei im weiteren Verlauf der stationären Behandlung aufgrund eines pneumencephalographischen Befundes und eines sich herausbildenden hirnorganischen Bildes die Diagnose einer inneren und äußeren Hirnatrophie gesichert erscheint . JACOB (1960) und PETRILOWITSCH (1959) wiesen auf gleichartige Beobachtungen hin: Ein konflikthaftes Erlebnis bringt initial ein "rein endogenes" Bild zur Auslösung, welches später eindeutig in ein "hirnorganisch-exogenes" Bild umschlägt bei Stützung der Diagnose durch pneumencephalographische Befunde.- Das konflikthafte Erlebnis mit seiner emotionalen Spannung scheint einen bis dahin ablaufenden Kompensationsmechanismus zum Erliegen zu bringen, sodass nunmehr der bereits vorliegende Defekt klinisch evident wird. Eine im obigen Fall außerdem nachgewiesene ausgeprägte Vitamin-B_{12}-Resorptionsstörung läßt eine enge Beziehung zu den von JACOB (1960) beschriebenen Fällen perniciöser Involutionspsychosen mit hirnorganischem Endzustand erkennen.

Fall II, 3 weist einen deutlichen somato-katagenetischen Faktor (Bauchschuß) für ein zunächst chronisch endogen-depressiv anmutendes Bild auf. Es läßt sich dann ein ausgeprägter hirnatrophischer Prozess nachweisen. Bemerkenswert ist hier die etwa synchron mit der depressiven Verstimmung sich entwickelnde Adipositas, welche während der stationären Behandlung auf Appetitzügler hin eine Rückbildungstendenz zeigt; dazu kommen ausgeprägte Oberbauchbeschwerden (Völlegefühl, Sodbrennen, Aufstoßen).

Fall II, 4 zeigt unter dem Bild einer somatisierten endogenen Depression subjektiv starke Oberbauchbeschwerden und eine objektiv nachgewiesene Verdauungsinsuffienz bei innerer Hirnatrophie. SPIEGELBERG (Madrid, 1966) konnte aufgrund eigener Beobachtungen im Rahmen einer Polyätiologie von psychosomatischen Störungen auf Zusammenhänge zwischen hirnatrophischen Prozessen und psychosomatischen Syndromen, insbesondere auf Störungen im Bereich des Intestinaltraktes, hinweisen. Aus dieser Sicht erscheinen die oben erörterten Fälle, insbesondere Fall II, 3 vielschichtig und problemhaft, ätiologisch und pathogenetisch ungeklärt, auch hinsichtlich ihrer katagenetischen Verflechtung.

Primärpersönlichkeit und biographische Faktoren:

Das Phaenomen einer Krankheitsmanifestation im Sinne der KATAGENESE führt zu der Frage nach einer spezifisch gearteten Persönlichkeitsstruktur, welche diese besondere Art einer Erlebnisverarbeitung bzw. Krankheitsentstehung zuläßt. LOPEZ IBOR geht bei der eindrucksvollen Schilderung seiner beiden Fälle auf dieses Problem nicht ein. Im Rahmen der eigenen Untersuchungen wurde versucht, diesen Zusammenhängen

nachzugehen, soweit dies ohne Vorliegen von streng objektiven Befunden (Persönlichkeitstests) möglich ist. Dabei zeigte sich in der Gruppe der Psycho-Katagenesen vorwiegend eine Charakterstruktur mit asthenisch-sensitiven Zügen im Sinne KRETSCHMERs (Fall 1, 5 und 8) bzw. "schizoiden" Zügen wie Pedanterie, Kontaktarmut, Einzelgängertum (Fall 2, 4 und 6). Vier von acht Patienten waren in vorgerücktem Alter noch ledig (vergl. Untersuchungen von ROHR (1961), der bei 75% seiner beobachteten Fälle mit Neigung zu "schizophrenen Reaktionen" in außergewöhnlichen schwierigen Lebenslagen und nach schweren Schicksalsschlägen eine "schizoide" Persönlichkeitsstruktur nachweisen konnte.). Schwere Störungen in der Kindheit (uneheliche Geburt, in Heimen aufgewachsen, Vater Potator u.a.) lassen sich in drei Fällen (Fall 1, 3 und 5) nachweisen.

Primärpersönlichkeit und biographische Faktoren in Verbindung mit einer Erlebnisverarbeitung im Sinne der Katagenese lassen an eine Beziehung zu dem von KRETSCHMER geprägten Begriff der Schlüsselsituation denken: Dabei treffen äußere Belastungen haarscharf die schwache, anfällige Stelle im Menschen und passen dazu wie der Schlüssel in das Schloß. SCHULTZ-HENCKE spricht von Versuchungs- und Versagungssituationen, in welchen in Ermangelung eines adaequaten Anpassungsprozesses eine -hier- neurotische Symptomatik zum Durchbruch kommen kann. Nch LOPEZ IBOR hat nur der Konflikt, der die Fissuren der Persönlichkeit trifft, eine pathogene Potenz: " Der Konflikt äussert sich praeverbal, d.h. somatotroph, und lokalisiert sich, wie wir sagen, dort, wo in der Persönlichkeit eine existentielle Fissur entsteht" (LOPEZ IBOR).

In der Gruppe der Somato-Katagenesen zeigten sich dagegen primär unauffällige oder aktive, hyperthyme Charakterstrukturen, sodass hier der spezifische Auslösermechanismus pri-

mär-somatisch, d.h. ohne Beteiligung -wenn man so will- "psychischer Zwischenstrecken" zu erfolgen scheint.

Auffallend ist das Vorliegen von pedantischen, unelastischen Charaktereigenschaften ("penibel") bei allen drei Patienten mit einer Involutionsdepression (Fall I/2 und 6; Fall II/11). Ähnliche Beobachtungen machte KIELHOLZ an der Baseler Klinik: 80 % seiner Patienten waren praemorbid "unelastisch, skrupulös, übergewissenhaft".

Im Querschnitt ließ sich ein besonderer Unterschied in der Persönlichkeitsstruktur der dargestellten 19 zu den insgesamt untersuchten 100 Fällen nicht nachweisen, sodass einer besonderen Konstellation aus katagenetischem Faktor, Anlage und Umwelt eine besondere Bedeutung zukommen muß. Hier ergibt sich das Problem der vielschichtigen Verflechtung des Patienten mit jenen Faktoren, die nach BOCHNIK vor allem Belastung und Belastungsfähigkeit definieren:

" Es ist die Persönlichkeitsartung in ihrer leiblich-seelisch-geistigen Verfassung mit den Weisen und Akzenten ihrer sozialen Verwobenheit. Wir werden uns selten mit der Gegenwart unseres Patienten begnügen dürfen, sondern müssen meist versuchen, ihn als Gewordenen und Werdenden zu verstehen, der durch sein Schicksal hinnehmend und handelnd geprägt worden ist, der ein reales oder illusionäres Bild von sich und der Welt gewonnen hat, das in Haltungen, Forderungen und Lebensplanungen wirksam ist, der mit Potenzen in seine Zukunft hineingeht oder treibt, und dem der Wind des Schicksals in den Rücken oder ins Gesicht bläst" (BOCHNIK, 1961).

C. Literaturreferat

I. Arbeiten zu inneren und psychosomatischen Krankheiten

Wie im allgemeinen literarischen Ansatz erwähnt, finden im INTERNISTISCHEN SCHRIFTTUM bei einigen Krankheitsbildern psycho- oder somatotraumatische Faktoren als kranheitsauslösende Momente Erwähnung. Eine symbolische Beziehung des Symptoms zur auslösenden Gemütsbewegung bei psychischen Traumen läßt sich hin und wieder aufzeigen, falls nicht -aus der Sicht der psychosomatischen Medizin- die Symbolik der Organe zur Diskussion gestellt werden soll.

Im Handbuch der INNEREN MEDIZIN (1955) diskutiert GRAFE auslösende Faktoren des DIABETES MELLITUS und nennt u.a. Infekte (BARACH, JONES), Schwangerschaft, Traumata sowie schwere seelische Insulte. Er schreibt:"In der Literatur gibt es einige Beobachtungen, die so sehr für die auslösende Rolle eines schweren psychischen Traumas sprechen, daß hier Kausalzusammenhänge sich unabweisbar aufdrängen. Das gilt meines Erachtens vor allem für eine Beobachtung von UMBER (zit. bei SCHUR) von einem russischen Rechtsanwalt, der wegen angeblich antibolschewistischer Umtriebe mit seinem Bruder in begründeter Todesangst im Gefängnis saß und nicht schlafen durfte, um nicht ermordet zu werden. Als dann der mitgefangene Bruder im Schlaf erschossen wurde, setzten bei dem Rechtsanwalt schlagartig die Symptome eines schweren Diabetes ein . . . Das Trauma spielt dabei die Rolle der Auslösung bzw. der mitbestimmenden Ursache im Sinne von MARTINECK. Er versteht darunter die Vorstellung, daß ein ablaufbereiter Mechanismus oder eine potentielle Energie durch ein äußeres Ereignis zum Ablauf bzw. zur Entladung gebracht werden kann."

BANSI schreibt in seinem Handbuchbeitrag der INNEREN MEDIZIN (1955) über die Ätiologie und Pathogenese der Thyreotoxikose: "Als echte ätiologische Faktoren im Konstellationsgeschehen kommen seelische Momente sicherlich in einer großen Zahl der Fälle in Frage . . . Der erste überhaupt beschriebene Fall von Thyreotoxikose (PAREY 1825)ist ein typischer traumatischer Basedow mit Schreckerlebnis gewesen. STEINITZ (1932) verdanken wir eine sehr gründliche Zusammenstellung von 130 Fällen von Thyreotoxikose mit traumatischer Ätiologie aus dem gesamten Weltschrifttum. In kritischer Diskussion fordert er für das Auftreten einer Thyreotoxikose einen nur kurzen Zeitraum von Wochen, höchstens Monaten nach dem Trauma. Das Schreckerlebnis war in den meisten Fällen ein akutes Geschehen, während die mehr chronisch verlaufenden seelischen Belastungen, die nur in einem Viertel der Fälle vorliegen, wesentlich schwieriger zu beurteilen sind. Die Thyreotoxikose ist dann sozusagen eine persistierende Affektreaktion, die sich beim traumatischen Basedow besonders leicht mit neurasthenischen Zügen vermischt. Immerhin war ein großer Teil der Probanden vorher gesund und in keiner Weise familiär belastet."

Er schildert fogende drei Fälle:

1.
Ein Studienrat aus Danzig entwickelte, nachdem er bei Kriegsende 24 Stunden schiffbrüchig im Wasser getrieben hatte, beim Anlandgehen in Kopenhagen einen akut einsetzenden Vollbasedow mit hochgradigem Exophthalmus und Tremor höchsten Grades.

2.
Ein vorher gesunder Matrose acquirierte kurz nach einer bei sonst völliger Gesundheit durchgeführten Appendektomie bei Kriegsbeginn beim ersten Probefliegeralarm im Einsatz vor Helgoland auf einem Zerstörer in wenigen Tagen einen Basedow

und weist heute noch, trotz zweimaliger Operation, deutliche Anzeichen einer Resthyperthyreose auf.

3.
Einen besonders schwer verlaufenden Fall sah PETERSEN 1941: Ein fünfjähriger Junge hatte einen Autounfall, worauf kurz darauf ein Basedow auftrat. Trotz anfänglicher Besserung unter Dijodtyrosin stellte sich im Laufe einer Bestrahlungsserie ein komatöser Zustand ein, an dem der Junge zugrunde ging.

SCHWAIGER (1964) schreibt in seinem Lehrbuchbeitrag: " Die eigentlichen Ursachen der Hyperthyreose sind heute noch nicht restlos klargestellt. Zweifelsohne ist aber eine konstitutionelle Disposition (familiäres Auftreten, leptosomer Habitus) von Bedeutung. Auch hormonelle Umstellungen (Gestation-Laktation-Klimax) sind auslösungsfördernd. Ferner spielen sicher auch äußere Schädigungen eine wichtige Rolle, wie große psychische Erregung, Schreck, Lebenskonflikte, Sorgen u.a., oder Belastungen mit Infektionskrankheiten (z.B. Typhus, Fleckfieber, Encephalitis epid. u.a.) . . ."

Gleichsinnige Beobachtungen von HEILMEYER, HAMPERL, ALEXANDER et al. wurden bereits erwähnt.

Im älteren Schrifttum findet sich bei OPPENHEIM (1913), der die Basedowsche Krankheit in seinem Lehrbuch der Nervenkrankheiten abhandelt, folgende Bemerkung:" . . Sehr oft sind jedoch Gemütsbewegungen oder eine einmalige starke Seelenerschütterung vorausgegangen. Auch nach Traumen, körperlichen Anstrengungen sowie im Gefolge schwächender Krankheiten und schwerer Entbindungen kann das Leiden entstehen. Die Laktation wird ebenfalls zu den die Entstehung der Krankheit begünstigenden Momenten gezählt, und besonders gilt das für das Klimak-

terium . . . Im Anschluß an eine Influenza sah ich das Leiden in einigen Fällen zur Entwicklung kommen, in denen andere Momente nicht nachweisbar waren. Nach Typhus trat der M. Basedowii bei einem Patienten BENOITS auf; auch A.KOCHER bringt einige Beobachtungen dieser Art . . ."

Im Rahmen seiner "Anthropologischen Vorlesungen in der Medizinischen Klinik" (FÄLLE UND PROBLEME, 1947) bringt V.v.WEIZSÄCKER eine Reihe von Fällen aus dem internistischen Patientengut der Klinik zur Vorstellung, deren Erkrankungen er mit umschriebenen konfliktthaften Erlebnissen in ursächlichem Zusammenhang sieht. Er stellt die Frage: "Warum gerade jetzt, warum gerade hier?" Er spricht von einer "Materialisation des Konflikts."

Folgende Fallschilderung seien kurz wiedergegeben:

1.
Eine Patientin entwickelte eine manifeste Hyperthyreose nach dem Unfalltod ihres Mannes und nachdem kurze Zeit später ihre Mutter bei einem Fliegerangriff umkam.

2.
Eine Patientin zeigte drei Tage nach einer tätlichen Auseinander setzung mit ihrem Ehemann, wobei dieser ihr mit der Faust in den Bauch stieß, die klinischen Zeichen einer akuten Glomerulonephritis, an der die Kranke bei einem über die Norm hohen Blutdruck nach acht Tagen starb. Der Autor bemerkt dazu: "Ich kenne keinen ähnlichen Fall; auch keine Literaturangaben, die solches beschreiben. Und doch ist es so gut wie unmöglich, sich dem Eindruck der C a u s a l i t ä t in diesem Falle zu entziehen; . . das Trauma war nicht nur

eine mechanische Erschütterung, es war auch eine seelische Kränkung von der schwersten Art."

3.
In einem anderen Fall erkrankte eine junge Patientin an einem hepatocellulären Icterus infectiosus , nachdem ihr Freund ihr mitgeteilt hatte, daß er eine andere Frau heiraten werde. V.v.WEIZSÄCKER deutet die ikterische Verfärbung der Haut als Symbol ("gelb vor Neid").

4.
Eine Mesenterialtuberkulose entwickelte sich bei einer Patientin in engem zeitlichen Zusammenhang mit Konflikten in ihrem Liebesleben:"Im Magen hat's dann so geklopft, als wenn das Herz im Magen wäre." Der Autor bemerkt dazu, daß das Gemüt an einer falschen Stelle des Leibes Platz genommen habe.

An verschiedenen anderen Stellen der Literatur diskutiert v.WEIZSÄCKER die Rolle des Infekts "an kritischen Punkten der Lebensgeschichte". Er spricht von "psychogener Angina".

HUEBSCHMANN (1952) nennt in seinem Buch "PSYCHE UND TUBERKULOSE", in welchem er versucht, die tuberkulöse Erkrankung "unter dem Gesichtspunkt einer psychischen Bedingheit zu beschreiben" . . und . . "von den zahlreichen, in der Literatur verstreuten Ansätzen ausgehend den vermuteten Zusammenhängen etwas weiter nachzugehen". , als pathogene psychische Bedingungen: Tod von nahen Angehörigen, Konflikte wegen lebensentscheidender Berufswahl, wirtschaftliche Sorgen, namentlich aber Spannungen und Konflikte auf erotischem Ge-

biet, wie sie sich im Zusammenhang mit kritischen Ereignissen und Entwicklungen bei einer Verlobungszeit oder in einer Ehe ergeben. Er sagt ferner: "Das für die Erklärung einer Krankheitsentstehung zu einem bestimmten Zeitpunkt notwendige zeitlich bestimmte Moment, welches durch das Bakterientrauma gegeben sein sollte, muß ersetzt werden durch ein traumatisches Moment anderer Herkunft . . . Es kommt darauf an, bestimmte, zeitlich fixierbare, aktuelle seelische Gesamtkonstellationen aufzufinden, welche zeitlich mit dem Krankheitsbeginn zusammenfallen."

Hier einige seiner dargestellten Fälle:

1.
Ein 24-jähriger Student erkrankte ziemlich plötzlich an einem cavernisierenden Lungeninfiltrat, nachdem ihm der Vater brieflich den monatlichen Wechsel wegen seiner politischen Tätigkeit, die der Vater nicht billigte, gekündigt hatte. Der Vater hielt . . "den Eintritt der Krankheit des Sohnes für unmittelbar psychisch motiviert in dem Sinne, daß der Sohn den Bankerott seiner Weltanschauung damit am eigenen Leibe erfahre und des väterlichen Anathema nicht mehr bedürfe."

2.
Bei einem 28-jährigen bisher gesunden Mann kam es vier Wochen nach Heimkehr des Vaters aus russischer Gefangenschaft, zu dem er ein stark ambivalentes Verhältnis hatte und dessen Heimkehr ihn in schwere Aggressionen gegen seine Eltern versetzte, zu einer lebensbedrohlichen Hämoptoe, die aus vitaler Indiaktion zur Anlegung eines Pneumothorax zwang. In der Bemerkung des Autors: "Es floß nicht das Blut des Vaters und der Mutter (gegen welche er Todeswünsche hegte), sondern sein eigenes Blut". . , liegt eine symbolhafte Deutung der Blutung.

3.
Eine 19-jährige Patientin erkrankte an einer schweren Miliartuberkulose bei Beginn einer ungewollten Schwangerschaft.

4.
Ein schwerer Kardiospasmus, der trotz zahlreicher Behandlungen mit der STARK'schen Sonde n i e mehr verschwand, entwickelte sich bei einer 20-jährigen Patientin im Verlaufe einer Schwangerschaft, die sie gegen den Willen ihres Ehemannes austrug. Zwanzig Jahre später, nachdem sie in zweiter unglücklicher Ehe geschieden worden war, erkrankte sie dazu an schwerer, doppelseitiger Lungentuberkulose, an der sie ein halbes Jahr später starb.

In der Zeitschrift für PSYCHO-SOMATISCHE MEDIZIN berichtet v.BALTRUSCH (1962) über Leukämien und andere maligne Erkrankungen des haematopoetischen, lymphatischen und reticuloendothelialen Systems in psycho-somatischer Sicht. Er schreibt, daß schon im 18. und 19. Jahrhundert namhafte Kliniker und Forscher, gestützt durch entsprechende kasuistische Beobachtungen, die Auffassung vertraten, daß starke seelische Belastungen wie der Verlust von nahestehenden Familienangehörigen und die damit verbundene Depression und Trauer, schwere Schicksalsschläge usw. einen bestimmten Einfluss auf die Entstehung, Auslösung und den Verlauf von bösartigen Geschwülsten hätten. Diese Beobachtungen seien in jüngster Zeit durch tierexperimentelle Untersuchungen (KOSHENIKOVA, REZNIKOFF und MARTIN) sowie durch eine Anzahl kritischer Untersuchungen an verschiedenen Gruppen von Krebskranken bestätigt worden (BLUMBERG, LE SHAN und WASHINGTON, REZNIKOFF und KLOPFER). Direkte psycho-somatische Zusammenhänge bei Patienten mit myeloischer Leukämie hätten 1948 zum

ersten Mal MILLER und JONES vermutet und das Vorhandensein von schweren emotionalen Belastungen für die Auslösung der Erkrankung verantwortlich gemacht. In einer Untersuchung an 20 Männern mit Leukämien, Retikulosen, Hodgkinscher Krankheit und Lymphosarkomen habe GREENE beobachten können, daß die Manifestation und Erkennung der Krankheiten sich zu einem Zeitpunkt ereignete, als diese Patienten mit starken emotionalen Belastungen zu kämpfen hatten. Bei 17 von 20 Patienten habe die Trennung von einer Beziehungsperson mit nachfolgender Depression vorgelegen. Bei diesen Beziehungspersonen habe es sich entweder um einen Elternteil oder um den Ehepartner gehandelt. Der Verlust dieses "Schlüsselobjekts"sei zumeist durch Tod oder räumliche und zeitliche Trennung erfolgt. In einigen anderen Fällen sei die Geburt eines Geschwisters und die damit verbundene Entwicklung von Feindseligkeits- und Eifersuchtsgefühlen dafür verantwortlich gemacht worden, doch sei der tragende Hintergrund auch hier der realiter erfolgte oder in der Phantasie erlebte Verlust des Objektes gewesen. Die Prodromalsymptomatik der Erkrankungen habe verschiedentlich Erscheinungen wie Anorexie, Nausea und Erbrechen sowie Depressionen gezeigt.

HAU (1964) bemerkt über tiefenpsychologische Untersuchungen an 50 Patienten mit ANGINA PECTORIS (z.T. mit Sklerose der Herzgefäße, z.T. mit Myocardinfarkt), daß spezifische Situationen wie Todes- und Erkrankungsfälle, Unfälle, Unglück, Fehlschläge, stark empfundene Ungerechtigkeiten seitens der Umwelt als auslösende Faktoren einen sehr hohen Stellenwert einnehmen bei der besonderen Persönlichkeitsstruktur dieser Patienten: "Bei allen kommt das Erleben zu kurz. Bedürfnisse und Gefühle haben sich "dem Primat des geltungsbetonten Vorwärtsdranges" unterzuordnen. Indem eine unmittelbar aggressive Auseinandersetzung vermieden wird, entsteht ein erheb-

liches Reservoir an "passiver Aggressivität" und gehemmter Schadenfreude. Wenn in besonderen Versuchungs- und Versagenssituationen diese Aggressionen nicht mehr verdrängt werden können, kommt es via Schuldgefühle zur spezifischen körperlichen Symptomatik."

HEILMEYER (1961) berichtet in seinem Lehrbuch der INNEREN MEDIZIN bei der Beschreibung des ASTHMA BRONCHIALE, daß TROUSSEAU, der selbst einen schweren Anfall nach seelischer Emotion erlebte, im Jahre 1868 als Ursachen Reizstoffe, Wetter, Klima und seelische Verstimmungen angibt. ALEXANDER (1951) schreibt:" Die Geschichte der medizinischen Kenntnisse von den emotionalen Komponenten des Asthmas ist sehr alt. Bis zu dem Zeitpunkt, wo die allergischen Phänomene entdeckt wurden, betrachtete man das Asthma primär als eine nervöse Erkrankung, und dementsprechend findet sich in alten medizinischen Lehrbüchern die Bezeichnung "asthma nervosa". Seit dem Auftauchen der modernen Immunologie , in der das Phaenomen der Anaphylaxie zum Wegweiser wurde, konzentrierte sich die Aufmerksamkeit auf die allergische Komponente, und die ältere Ansicht des Asthmas als einer nervösen Erkrankung wurde als obsolet betrachtet. In neuerer Zeit, in der Aera der psychosomatischen Orientierung, wurde die emotionale Ätiologie des Asthmas wieder zum Leben erweckt . . Eine große Vielfalt von emotionalen Faktoren ist von verschiedenen Beobachtern erwähnt worden, und sie umfassen nahezu jeden plötzlichen und starken emotionalen Reiz - sexuelle Erregung, Angst, Eifersucht und Wut . . ." Isolierte klinische Beobachtungen mannigfaltiger auslösender Faktoren von Asthmaanfällen finden sich in großer Menge. Diese wurden in einer Monographie von FRENCH und ALEXANDER und vorher schon von DUNBAR und WITTKOWER zusammengefaßt.

Erna M. HOCH (1963) beschreibt einen Fall eines schweren Asthmaleidens, wobei der erste Anfall im vierten Lebensjahr auftrat, nachdem der Junge von der Mutter gestraft worden war. In einem anderen Fall kam es bei einer 30-jährigen Patientin zum ersten Anfall kurz nach dem Tode der Mutter.

TAMARIN (1963) stellt in einer Arbeit über "Beobachtungen an Asthma- und Psoriasiskranken" fest, daß bei Kindern oft der erste Anfall nach der Geburt eines Geschwisters auftrete.

Bezüglich der PSORIASIS deutet er als "Körpersprache der Symptome" den Fall einer sehr hübschen Patientin, bei der sich eine Psoriasis manifestierte, als sie kurz nach dem Tode ihres Mannes einen Heiratsantrag bekam. Der Autor sieht die Hautreaktion als Ausdruck dafür, den Partner auf die Probe stellen zu wollen:" . . er darf nicht an ihrer Schönheit zweifeln, er muß sie trotz allem "absolut" lieben." Er erinnert an die Sage, in der der Held seiner Geliebten als widerlicher Pudel erscheint.

ALEXANDER (1951) berichtet von einer 28-jährigen Patientin, welche an Schmerzhaftigkeit und Versteifung der Muskulatur zu leiden begann, unmittelbar nachdem sie herausbekommen hatte, daß ihr Mann eine außereheliche Beziehung gehabt hatte. Nachdem Schmerzhaftigkeit und Versteifung der Muskulatur mehrere Monate bestanden, stellte sich Arthritis ein.

SPIEGELBERG (MADRID, 1966) bemerkt, daß er den Eindruck katagenetischer psychosomatischer Zusammenhänge bei einem Teil seiner untersuchten Colitis-ulcerosa-Fälle gewonnen habe. An anderer Stelle erwähnt er Untersuchungen von KRAWITT,

der bei 4% seiner Fälle das Einsetzen der Colitis im Verlaufe einer Schwangerschaft beobachten konnte. Nach persönlicher Mitteilung konnte SPIEGELBERG in einem Fall die ersten Symptome einer Colitis ulcerosa feststellen, als eine Patientin den ersten epileptischen Anfall bei ihrer Tochte erlebte und sich hierüber außerordentlich erregte.

FINN ASKEVOLD, OSLO,(1964) berichtet über umfassende Untersuchungen an 60 Colitis-ulcerosa-Kranken (34 Männer, 26 Frauen). Aufgrund einer einheitlichen Interview- und Testmethodik kommt der Verfasser zu folgendem Ergebnis: Allgemein fand sich ein psychologischer Stress bei 32 von 60 Patienten in relevantem Zusammenhang mit dem Krankheitsbeginn. Allergische und infektiöse Faktoren spielen eine wechselnde Rolle im Krankheitsbild. Jeder einzelne Faktor hat seine Bedeutung in der Ätiologie. Das Ergebnis fordert zu einer Zusammenarbeit innerhalb der Disziplinen auf.

P. AUBERT et F. PEIGNE (1964) erörtern in einer Arbeit Beobachtungen an zwei Fällen von ANOREXIA MENTALIS beim Mann. Bei einem dieser beiden Fälle handelte es sich um einen 19-jährigen Mann, der bis zum 15. Lebensjahr sich normal entwickelte und dann nach einem Umzug aus Tunesien nach Frankreich, wo der Patient Anpassungsschwierigkeiten zeigte, sich langsam psychisch veränderte und stark an Gewicht abnahm. Er zeigte bei der Klinikaufnahme bei 1,75 m Größe ein Gewicht von 46 Kg und wurde bisher ohne Erfolg mit Cortison, Thyroxin und Psychotherapie behandelt.

Beobachtungen zur Psychopathologie der Anorexia nervosa mit psychogenem Erbrechen an zwei weiblichen Patienten im Alter von 18 und 19 Jahren machten C.S.IERODIAKONOU (1964) und AL.ROUTSONI. Sie konnten eine zeitlichen Zusammenhang zwischen der Auslösung des Erbrechens und Schwierigkeiten

im sexuellen Bereich herausfinden.

SPERLING (1965) stellt in einem "Beitrag zur Frage eines "psychogenen" Todes bei Magersucht" eindringlich die Frage v. WEIZSÄCKERs:"Warum gerade jetzt?" - Der organisch (auch durch Obduktion) nicht begründbare plötzliche Tod eines 22-jährigen, 1,70 m großen und 34,6 Kg wiegenden anorektischen Mädchens trat am vierten Tage der Behandlung ein. Die einzige Erklärung schien ein Interpretationsschock zu sein, auf den die unvorbereitete Patientin unmittelbar mit einem psychogenen Stupor antwortete, der in einen Kreislaufkollaps überleitete und sieben Stunden später zum Exitus letalis führte. Auf die Verwandtschaft mit dem "Voodoo-death" bei Naturvölkern nach Übertretung eines wichtigen Tabus wird hingewiesen.

II. Arbeiten zu endogenen Psychosen

Wie in Teil A,IV dieser Arbeit einführend bemerkt, lassen sich speziell auf dem Gebiet der endogenen Psychosen mehrfach Beobachtungen verschiedenster Autoren über eine psycho- bzw. somato-reaktive "Auslösung" in Form umschriebener, konflikthafter Erlebnisse finden, welche eine Deutung im Sinne der KATAGENESE zulassen.

WEITBRECHT (1963)postuliert in seinem Lehrbuch entweder einen starken endogenen Faktor und damit den Durchbruch der Psychose "zu ihrer Zeit" oder ein ernsthaftes Erwägen der Bedeutung auslösender körperlicher oder seelischer Faktoren für das Manifestwerden gerade jetzt oder überhaupt bei geringer Durchschlagskraft der endogenen Erkrankungsbereitschaft. Er warnt jedoch vor einer allzu eifrigen Suche nach Motiven für das Dasein einer Psychose, räumt jedoch ein, daß in seiner als Arbeitshypothese skizzierten Auffassung durchaus Raum für "situative psychogene Auslösungen schizophrener Psychosen und Cyclothymien" sei. Er erwähnt von ZUTT und KULENKAMPF zur Diskussion gestelle Fälle, bei welchen eine psychoreaktive Genese einer paranoiden Psychose durch ganz bestimmte Umweltkonstellationen angenommen wird. Jedoch sei die entsprechende Kasuistik noch klein und es bedürfe der weiteren katamnestischen Überprüfung. In einer neueren Arbeit "Über den Stand der endogenen Psychosen" (1966) stellt er fest, daß die"Endogenität" der Psychose nicht dadurch infrage gestellt werde, wenn der psychoreaktiven Auslösung heute eine größere Bedeutung zugemessen werde, als dies zeitweise geschehen sei; sie werde dadurch keine Neurose; vielmehr werde ihre Ingangsetzung und ihr Vorfeld genauer analysiert.

Er bringt folgende einzelkasuistische Beiträge einer psychoreaktiven Auslösung nach konflikthaften Erlebnissen:

1. Ein Unfall, der sich durch Versagen der Steuerung des Wagens ereignete, führte bei dem vorher gesunden und stimmungsmäßig ausgeglichenen Fahrer des Autos, der keine Verletzungen davontrug, in unmittelbarem Anschluss an den Vorfall zu einem nervös-hypochondrischen Bild, aus welchem sich im Verlaufe von Monaten eine schwere endogene Depression herausbildete, in welcher die ursprünglich unfallbezogenen Hypochondrismen von Onanieskrupeln abgelöst wurden.

2. Eine Patientin, die nach mehreren depressiven Phasen in ihrem Leben zu diesem Zeitpunkt vollkommen ausgeglichen und angepaßt war, verlor bei einem Bombenangriff ihre einzige Tochter, welche in ihrer Dienststelle verbrannte. Die Patientin geriet daraufhin in eine schwere depressive Reaktion mit zwanghaften, in Zusammenhang mit dem Unglück stehenden Grübelein. Innerhalb weniger Wochen bildete sich dann eine klassische endogene depressive Phase heraus mit Hypochondrismen und Anankasmen (Wörter und Zahlen), in welcher der Verlust der Tochter fast unbedeutend wurde. Der Autor bemerkt dazu:"Interessant ist, daß die Neigung zu Zwangserlebnissen zunächst in der depressiven Reaktion um das traumatisierende Erlebnis zentriert war und sich hernach in der ausgelösten Phase "im Leerlauf weiter abspulte."

3. Ein 54 Jahre alter Industrieller verlor bei einem Verkehrsunfall das rechte Auge, ohne eine Commotio oder Contusio cerebri davonzutragen. Er erholte sich nicht, wurde zunehmend ängstlich und verstimmt. Typisches Bild einer reaktiven Depression: Sorgen wegen des Augenverlustes und um seine völlig gesicherte Zukunft, ängstlich-hypochondrisch. Zunächst gut psychotherapeutisch angehbar. In den darauf-

folgenden Wochen zunehmend endogener Einschlag im Symptombild: Unruhe, Gedrücktheit, Hypochondrismen, die sich nicht mehr um den Augenverlust drehten. Verlor immer mehr an Selbstvertrauen, zog sich ganz zurück, schlief nicht mehr, saß völlig gehemmt vor seinem Schreibtisch, brachte nichts mehr zustande. Zunehmende Schuldgefühle völlig abwegig über angeblich früheres berufliches Versagen u. dgl.. Durchschnitt sich in einer psychiatrischen Klinik die Halsschlagader und starb.

KORNHUBER (1955) referiert in einer Arbeit über die "Auslösung cyclothymer Depressionen nach seelischen Erschütterungen" Untersuchungsergebnisse an insgesamt 600 klinischen Patienten mit depressiven Phasen, jeweils 300 Männer und 300 Frauen. Danch waren 22 Phasen der Frauen und 17 der Männer"psychisch provoziert", d.h. 7,3 bzw. 5,7 % der Fälle. Bei Patienten mit mehreren Phasen war oft die erste psychisch ausgelöst. Dazu bemerkt der Autor:"Es ist denkbar, daß häufig erst eine Erschütterung der Psychose zum Durchbruch verhilft, deren weitere Phasen dann auf eingefahrenem Wege kommen."

In der Dynamik der Anlässe unterscheidet er: 1.) akut nachhaltige; 2.) chronische; 3.) perakute konflikthafte Erlebnisse, welche u.a. im Verlust von Ehepartnern, Kindern und Eltern durch Tod, in "Liebesleid", Unheil in der Ehe, Erkrankung von Angehörigen, beruflichen Schwierigkeiten, Umzügen und Verlust der Wohnung durch Bombenangriffe bestehen. Er stellt fest, daß relativ häufig ledige Frauen im mittleren oder höheren Lebensalter nach dem Tod von Eltern oder Geschwistern erkranken; auffallend seien auch Depressionen nach Versetzungen bei Beamten.

Er diskutiert zwei Möglichkeiten der Bedeutung einer psychischen Auslösung einer Psychose für deren weiteren phasischen Verlauf: Entweder folge die Anlage ihrem Gesetz und die Auslösung käme etwa durch temporäre Schwächung der Widerstandskraft des Organismus gegen die krankhafte Anlage zustande, vielleicht unter zufälligem Entgegenkommen einer endogenen Welle und bleibe ohne Wirkung auf den weiteren Verlauf der Psychose durch das Leben, oder aber die Auslösung könne das Ingangkommen eines Geschehens bedeuten, das ohne diesen Anstoß geruht hätte.

Eingehend auf das Phänomen, welches zeigt, daß der Inhalt der ausgelösten Depression sich meistens bald vom Anlaß entfernt, sagt er bezüglich der neuen Inhalte:"An sich zwar einfühlbar, treten sie doch oft ohne verständlichen Grund auf. Die depressive Psychose verdeutlicht und betont einen Teil der seelischen Wirklichkeit durch Aufdeckung der Urängste des Menschen (K.SCHNEIDER), versperrt aber zugleich das Ganze und unterbricht die Sinnzusammenhänge des Lebens."

ROHR (1961) schildert in seinem "Beitrag zur Kenntnis der sogenannten schizophrenen Reaktionen" . . "Fälle eigener klinischer Beobachtung, die in außergewöhnlich schwierigen Lebenslagen und nach schweren Schicksalsschlägen akut mit schizophrener Symptomatik erkranken und nach Tagen und Wochen ihr seelisches Gleichgewicht wiedergewinnen." Der Begriff der "schizophrenen Reaktion" deckt sich nach der Auffassung des Autors in der Literatur mit

1. den Emotionspsychosen von STAEHELIN,
2. psychogenen Störungen in sprachfremder Umgebung (ALLERS),
3. dem primitiven Beziehungswahn (KNIGGE),
4. den sensitiven Wahnepisoden (KRETSCHMER),

5. den Psychoses réactionelles (URECHIA),
6. den schizophreniformen Haftpsychosen
u.a.

Kriterien für die Diagnose einer "schizophrenen Reaktion" sind nach seiner Auffassung "schizophrene Symptomatik", d.h. katatone, hebephrene, depressive und paranoide Züge und ein enger zeitlicher Zusammenhang mit einer schweren psychotraumatischen Situation. Form und Ausmaß der Reaktion seien abhängig von der Persönlichkeit; 3/4 seiner praepsychotischen Persönlichkeiten seien schizoid, 1/4 unauffällig gewesen. Somatische Faktoren sollen in einer "Schwächung des Bodens" der Psychose eine Rolle spielen. Als schwere psychotraumatische Ereignisse werden neben chronischen Konfliktsituationen akute einschneidende Erlebnisse wie Tod von Angehörigen, Auflösung von Verlöbnissen, Stellenverluste u.a. beschrieben.- Bei einer Mutter kommt es z.B. zum Ausbruch einer paranoiden Psychose mit religiösen Inhalten nach dem Telefonanruf vom tödlichen Straßenbahnunfall der vierjährigen Tochter.

Der Autor bemerkt allgemein, daß die Frage Reaktion oder Schub, auslösender oder nur zufälliger Zusammenhang in dem psychischen Wechselspiel zwischen konstitutionell Vorgegebenem, lebensgeschichtlich Gewordenem und unmittelbar aus der Situation Bedingtem sich oft nur aus Vermuten, Erahnen und Einfühlen erschließen lassen kann und der Nachweis von inhaltlich verständlichen Zusammenhängen zwischen Erlebnis und Psychose kein Beweis, sondern höchstens ein Hinweis für eine ursächliche Verkettung sei.

PAULEIKOFF (1959) geht in einer Arbeit ausführlich auf das Problem der "Auslösung endogener depressiver Phasen durch

situative Einflüsse" ein. Als"situative Einflüsse" bezeichnet er psychische als auch physische Faktoren. In einzelkasuistischen Schilderungen zehn beobachteter Fälle werden umschriebene konfliktthafte Erlebnisse in engem zeitlichen Zusammenhang mit dem Auftreten einer depressiven Phase deutlich. Als psychische Faktoren werden genannt: Erkrankung von Kindern, Weggang der Kinder aus dem Elternhaus, Wohnungskündigung, Wohnungswechsel; als physische Faktoren insbesondere Entbindungen und Operationen. Der Autor beschreibt drei Fälle, bei welchen im Anschluss an eine Entbindung bzw. Operation eine depressive Phase sich entwickelt nach dem Eintritt einer zusätzlichen psychotraumatischen Situation:

Im 1. Fall, als man der Patientin mitteilte, daß das Kind nur vier Pfund wiege ("weil das Kind so klein war");

Im 2. Fall, als die Patientin vom konsultierten Arzt erfuhr, daß das Kind etwas an der Hüfte habe ("da ging ein Zucken durch meinen Körper");

Im 3. Fall, als einer Patientin nach einer Uterusextirpation mitgeteilt wurde, daß sie wegen Heirat des Bruders den elterlichen Hof verlassen muß.

In allen drei Fällen ist das depressive Erlebnis in der Psychose inhaltlich nicht mehr evident, sondern diese läuft mit eigenen Inhalten autonom ab. Bei dem Versuch einer Deutung des Problems einer "situativen Auslösung" zitiert er SCHRÖDER, der annimmt, daß . . " diejenigen Störungen des Stoffumsatzes oder der chemischen Steuerung, welche vermutlich den Melancholien zugrunde liegen, durch schwere und namentlich wiederholte oder langdauernde Trauergefühle in Gang gesetzt werden können und daß die dann so in Gang gesetzte Melancholie weiterhin unabhängig von den auslösenden affektiven Momenten ih-

ren gesetzmäßigen Verlauf zu nehmen vermag."

MATUSSEK, HALBACH und TROEGER (1965) diskutieren in einer Veröffentlichung über statistische Untersuchungen an Krankengeschichten unbehandelter Fälle von endogener Depression aus den Jahren 1926-1942 den "Anlaß" depressiver Phasen. Sie lassen . . "alle diejenigen Erlebnisse und Ereignisse als Anlässe gelten, die der Kranke als solche erlebt". Voraussetzung ist, daß die Erlebnisse vor Beginn der Phase auftreten und sich von dieser abgrenzen lassen. Hervorgehoben wird, daß in der damaligen Zeit die "theoretische Überzeugung von der Psychose als einer körperlichen Krankheit" die Explorationssituation bestimmt habe. Persönlichste Erlebnisse und Erfahrungen seien weniger ernst genommen worden als die persönlichkeitsunabhängige Krankheit "endogene Depression". Sie seien interpretiert worden als Ausdruck eines zwar verständlichen, aber in die Irre gehenden Erklärungsbedürfnisses, das wohl dem Bestreben nach Kausalität, nicht aber der eigentlichen "Ursache" Rechnung trage.

Bei insgesamt 578 überprüften Phasen ließ sich in 34% ein "Anlaß" nachweisen bei 27% unentschiedenen und 39% negativen Fällen. MATUSSEK referiert Untersuchungen des Amerikaners RENNIE (1943), der bei insgesamt 208 untersuchten Fällen in dem hohen Prozentsatz von 79% zu Beginn der Erkrankung "schwerwiegende Störungen der Lebenssituation" nachweisen konnte. MATUSSEK führt dieses Ergebnis darauf zurück, daß RENNIE seine Patienten jeweils nach "Anlässen" gefragt habe, während bei den eigenen Untersuchungen nur die in den Krankenblättern selten notierten "Anlässe" gewertet werden konnten.

Die Autoren unterscheiden "Phasen mit psychischem Anlass", "Phasen mit somatischem Anlaß" und "Phasen im Zusammenhang

mit Sexual- und Generationsproblemen". Zu "psychischen Anlässen" zählen: Tod naher Angehöriger, Schwierigkeiten und Enttäuschungen in Liebes- und Ehebeziehungen, Trennung von Bezugspersonen, Bedrohung an der Front und durch Bomben, Pensionierung, Umzug u.a. . Mit steigender Phasenzahl wird eine sinkende Häufigkeit von Anlässen festgestellt. Dies wird wie folgt interpretiert:

1. Der Patient habe im Verlauf mehrerer klinischer Aufenthalte gelernt, nur das mitzuteilen, was der Arzt hören möchte. Diese Eigenart sei besonders bei Depressiven sehr zu beachten. So habe ein Depressiver auf die Frage nach persönlichen Erlebnissen geantwortet:" Ich weiß nicht, was ich da sagen muß". Im Hinblick auf die Frage des Anlasses würde das heißen, daß der Patient es bei wiederholten Erkrankungen gelernt habe, daß der Arzt kein besonderes Interesse für seine Erlebnis- und Gefühlssituation kurz vor der Phase habe.

2. Die Eintragung zweiter, dritter oder weiterer Phasen in das Krankenblatt sei eine Routineangelegenheit, bei der nur noch die notwendigsten Daten festgehalten würden. Zum Notwendigen gehöre nicht das subtile Erfragen eines Anlasses, wenn nach dem bisherigen Verlauf die Diagnose "endogene Depression" feststehe.

3. Depressive Patienten mit vielen Phasen würden oft größten Wert darauf legen, an einer "richtigen Krankheit" gelitten zu haben, also an einem Geschehen, das ohne Zusammenhang mit einer bestimmten seelischen Situation aufgetreten sei und etwa mit einem internen Leiden verglichen werden könne.

4. Mit steigender Phasenzahl sei eine Veränderung der Symp-

tome in Richtung ich-ferner Erscheinungsbilder festzustellen. Ein solcher Vorgang sei nicht willkürlich "gemacht", sondern vollziehe sich als Folge einer Veränderung der inneren Einstellung zu sich selbst, d.h. zur eigenen, körperlich-seelisch bedingten Persönlichkeit.

Am Schluß der Arbeit wird bemerkt, daß weitere und differenziertere Untersuchungen notwendig seien, um diese Prozesse frei von vorgefaßten Lehrmeinungen besser überschauen zu können. Mit den eigenen Untersuchungen hätten nur bestimmte Weichen für solche Forschungen gestellt werden können.

SPIEGELBERG (1955) beschreibt in einer Arbeit über "Beziehungen endogener Psychosen zu körperlichen Krankheiten" neun Fälle, bei welchen körperliche Krankheiten in bestimmten zeitlichen Beziehungen zur Manifestation der Psychose stehen. Bezüglich der Fragestellung der eigenen Arbeit interessieren insbesondere die Fälle, welche mehr oder minder akute Zustände körperlicher Erkrankungen zu Beginn psychotischer Phasen oder Schübe aufweisen: Ein Patient erleidet einen Herzinfarkt und manifestiert in der Rekonvaleszenz eine Depression vom endogen-biologischen Typ; eine schwere Urticaria leitet einen schizophrenen Schub, eine Nierensteinkolik eine phasische Depression ein.

In einer späteren Arbeit über das Problem des "Syndrom-Wechsels"(1966) stellt der Autor diese Fälle als "Initialshift" in ein reziprokes Verhältnis zu den katagenetischen Abläufen, die LOPEZ IBOR beschrieb (eine eklatante Konfliktsituation initiiert ein organisches Nervenleiden). Unter dem Gesichtspunkt seiner später aufgeworfenen Frage nach einer somatischen KATAGENESE (MADRID, 1966) würden die initialen körperlichen Krankheiten als "physische Traumen" bzw. "somatokata-

begnügen, den zeitlichen Zusammenhang zwischen dem Auftreten eines Schubes oder einer Phase und einer exogenen Schädigung zu konstatieren. Wenn er von einer "Auslösung" spräche, so könne dies nur mit großen Einschränkungen geschehen; irgendein Beweis lasse sich nicht erbringen.

Bei Überprüfung von je 1.000 Krankengeschichten Schizophrener und Cyclothymer aus den Jahren 1948-1951 zeigte sich folgendes Ergebnis:

1. Schizophrene: Männer: insges. 389 Schübe, davon 21= 5,3%
Frauen: " 611 " , " 60= 9,8%

2. MDI : Männer: " 287 Phasen, " 12= 4,18%
Frauen: " 713 " , " 55= 7,1%

stehen in engem zeitlichen Zusammenhang mit akuten körperlichen Erkrankungen, wobei fieberhafte Infekte und Anginen weit an der Spitze stehen. Eine Beziehung der Schübe bzw. Phasen zu Generationsvorgängen (Gravidität, Puerperium) bei Frauen zeigten 6,54% bei Schizophrenien und 5,04% bei Cyclothymien. Bei insgesamt 20 überprüften manischen Phasen war nur eine im Anschluss an eine körperliche Erkrankung zu beobachten.
Der Autor verweist auf ähnliche Untersuchunge von K.SCHNEIDER, JUNG, HEGE und ENGELMANN.Er bemerkt abschließend, daß er keinerlei spekulative Rückschlüsse ziehen wolle bezüglich möglicher ätiologischer Faktoren noch bezüglich der Möglichkeit einer Auslösung; jedoch erschienen ihm die Zahlen bemerkenswert.

Wie im allgemeinen Teil dieser Arbeit bereits erörtert, scheinen die Psychosen in der Involution, einer Zeit einer "allmählich fortschreitenden Alterung" eine gewisse Sonderstellung einzunehmen. Auslösenden somatischen oder psychi-

schen Faktoren wird eine größere Bedeutung zugesprochen. In diagnostischer Hinsicht bedarf es vielfach einer späteren Korrektur, da die zunächst rein "endogen" anmutende Symptomatik oft in ein exogen-hirnorganisches Bild umschlägt.

Diesem Problem widmet JACOB (1960) in einer Untersuchung an sieben Fällen von perniciöser Involutionspsychose mit hirnorganischem Endzustand besondere Beachtung. Er diskutiert "zusätzliche Faktoren", welche die Auslösung des klinischen Krankheitsgeschehens ("Dekompensation") endgültig bewirken können und verweist u.a. auf Untersuchungen von DREYFUSS (1907), der an einem großen Untersuchungsgut über die Involutionsmelancholie entsprechende Zusammenhänge mit "auslösenden Momenten" (allgemein somatisch oder psychisch) in nicht weniger als 35-40% wahrscheinlich machen konnte. JACOB führt ferner aus:" ROTHSCHILD (1937/1945) und BÜRGER-PRINZ (1938) hatten dargelegt, inwieweit allgemeinsomatische Funktionsstörungen, individuelle Gegebenheiten oder situative Belastungen unter Umständen bewirken können, daß ein bis dahin"physiologisches Greisentum" in klinisch nunmehr pathologische Senilität, senil dementive Prozesse oder senile Psychosen umschlagen kann. Das wurde von ROTHSCHILD (1937) durch personalindividuale Gegebenheiten ("weakness of person's compensatory capacity") und von BÜRGER-PRINZ (1938) durch einen"Verlust des inneren und äußeren Milieugerüstes" (akute allgemeinsomatische Erkrankungen, eingreifende Milieuveränderungen) begreiflich zu machen versucht."

"Derartige Dekompensationsthesen begegnen dem Einwand, daß sich psychische und allgemeinsomatische Störungsfaktoren im höheren Lebensalter schlechthin zu häufen pflegen, auch dann, wenn es nicht zu entsprechenden Entgleisungen kommt. Es bleibt also offen, ob sich der "Zusammenbruch äußerer und innerer Milieufaktoren" bei involu-

tiven, praesenilen und senilen Psychosen quantitativ und qualitativ wesentlich von dem unterscheidet, was für den gewöhnlichen Altersdurchschnitt gilt."

"Dieses Problem umgreift naturgemäß das Gesamtgebiet allgemeinsomatischer unter anderem stoffwechselbedingter Funktionswandlungen in den Rückbildungsjahren, also den Gegenstand einer Gerontologie im weitesten Sinne."

Bezüglich der sich oft ergebenden diagnostischen Schwierigkeiten führt er aus:" Unsere Untersuchungen gingen von der hinreichend bestätigten klinischen Erfahrung aus, daß die psychotische Initialsymptomatik recht unterschiedlicher hirnorganischer Prozesse des höheren Lebensalters durch längere Zeit anhaltende "endogen" anmutende Syndrome geprägt sein kann. Derartige Verläufe werden anfangs nicht selten als endogene Depressionen in Involution und Praesenium, Involutionsmelancholien, klimakterische Psychosen, paraphrene oder schizophrene Psychosen diagnostiziert. Erst später erlaubt der allmähliche Übergang oder auch ein rasches Umschlagen des initial "rein endogenen" Bildes in nunmehr eindeutig "hirnorganisch-exogene" Syndrome eine entsprechende klinische Korrektur. Die Bedeutung solcher Übergangsstadien ("Intermediärphänomene") speziell im Umkreis der involutiven und praesenilen Psychosen -"dem vielleicht dunkelsten Gebiete der ganzen Psychiatrie"- hatte bereits KRAEPELIN (1910) erkannt."

"Diagnostische Schwierigkeiten liegen nicht nur im Klinischen, sondern auch im Neuropathologischen . . . Die bis heute erzielte neuropathologische Aufarbeitung zeigt, daß wir es vielfach mit schwer voneinander abgrenzbaren, einander überlagernden und ätiopathogenetisch unspezifischen Gewebssyndromen zu tun haben."- Der Autor verweist ferner auf Untersuchungen von PETRILOWITSCH (1959).

Dieser berichtet über Ergebnisse klinisch-katamnestischer Untersuchungen über die "erstarrende Rückbildungsdepression" (MEDOW, 1922) an fünf Fällen, welche initial einer endogen gefärbten Verstimmungssymptomatik auslösende konflikthafte Erlebnisse erkennen lassen und bei späterer Luftencephalographie hydrocephale Erweiterungen der äußeren und inneren Liquorräume aufweisen.

III. Arbeiten zu neurologischen Erkrankungen

Als LOPEZ IBOR den Begriff der KATAGENESE prägte, nannte er als Beispiele neurologische Erkrankungen, TORSIONSSPASMUS und MULTIPLE SKLEROSE.

SCHEID (1964) schreibt in seinem Lehrbuch zu der noch weithin ungeklärten Ätiologie und Pathogenese der Multiplen Sklerose, daß nach klinischen Beobachtungen die Erkrankungsschübe nicht selten nach besonderen körperlichen Belastungen sowie in der Schwangerschaft und im Puerperium auftreten. Neben einer infektiösen werde eine allergisch-hyperergische Genese diskutiert. Die Erbanlage spiele keine oder nur eine untergeordnete Rolle.

MÜLLER-HEGEMANN (1966) spricht von einem chronisch rezidivierenden Entzündungsprozess, für den eine exogene Noxe sehr wahrscheinlich und wohl auch eine Disposition von seiten des Erkrankten, ähnlich der Tuberkulose, anzunehmen ist. Indessen seien von äußeren Ursachen Infektionskrankheiten, Traumen, hochgradige Strapazen und die Gravidität nur im Sinne von akzidentellen Faktoren (Gelegenheitsursachen) wiederholt beobachtet worden.

EWALD (1954) vertritt ebenfalls die Ansicht einer infektiös-allergischen Genese. Er meint, daß äußere Noxen begünstigend wirken können.

E.A. CASPARY, E.J. FIELD und E. JANET BALL (1964) berichten über Antikörperuntersuchungen bei Multipler Sklerose. Danach sollen Antikörper gegen Gehirn-Suspension gefunden worden sein. Der Titer sei jedoch nicht so hoch wie bei HASHIMOTO-Krankheit, rheumatoider Arthritis oder nach B.C.G. -Im-

munisierung.

G. SZEGO und R. McD ANDERSON, Melbourne, (1965) schreiben, daß sich u.a. Herpes-Infektion, Infektionen des Respirationstraktes, Kopfverletzungen, körperliche Anstrengungen und Zahnextraktionen kurz vor Krankheitsbeginn nachweisen lassen.

BING (1937) diskutiert neben infektiösen toxische Ursachen. Er erwähnt die Ansicht von STRÜMPELL, nach der diese Erkrankung eine endogene, schon in der Anlage des Nervensystems bedingte Affektion sei und durch die verschiedensten "auslösenden Momente" provoziert werden könne.

OPPENHEIM (1913)beobachtete das Auftreten der ersten Symptome nach Infektionskrankheiten, Intoxikationen, Erkältungen, Traumen und nach "heftigen Gemütsbewegungen". Er sagt wörtlich:"Wo ich das sah, waren gewöhnlich mit der psychischen Erschütterung andere Momente, wie Überanstrengung und Erkältung verbunden. Es wurde von zwei Personen in ganz gleichmäßiger Weise angegeben, daß sie bei einer Feuersbrunst nackt oder nur notdürftig bekleidet hatten fliehen müssen. Jüngst konsultierte mich eine Frau, bei der sich nach einer heftigen Gemütserschütterung (Sturz ihres Kindes aus dem Fenster)innerhalb weniger Wochen die typischen Symptome dieses Leidens entwickelt hatten, während sie vorher nur an allgemeiner Nervosität litt. NEGRO hat das Leiden nach einem Erdbeben bei einem Individuum auftreten sehen, das im Freien unter Schnee zu kampieren gezwungen war. Blitzschlag wurde ebenfalls einigemale als Ursache beschuldigt."

CHARCOT (1874), der als erster eine umfassende Beschreibung dieses Krankheitsbildes gab, sagt in einer seiner Vorlesungen: "Als Gelegenheitsursache findet man öfters die längere

Einwirkung der feuchten Kälte erwähnt. In einem Falle sollen sich die ersten Symptome bald nach einem Sturz entwikkelt haben. Meistens handelt es sich aber in den Angaben der Kranken um Verhältnisse gemüthlicher Art; anhaltender Kummer, wie ihn z.B. manchmal illegitime Schwangerschaft verursacht, oder auch die Widerwärtigkeiten und Unannehmlichkeiten, welche eine mehrweniger unpassende soziale Stellung mit sich bringt . . ."

" In The Lancet (1873 Bd. I p.236) ist das Resumé eines Falles von Herdsklerose, den MOXON in Guy's Hospital beobachtet hat, veröffentlicht, woselbst man als Ursachen verzeichnet findet

1. eine fieberhaft Krankheit mit Diarrhöe, welche mehrere Wochen dauerte;
2. eine gewaltige Gemüthserregung, in welche eine Kranke gerieth, als sie ihren Mann bei einer anderen Frau liegen sah."

In derselben Vorlesungsreihe (1874) bemerkt CHARCOT zur Ätiologie der PARALYSIS AGITANS: " Unter äusseren (außerhalb des Individuums gelegenen) Ursachen sind besonders zwei für eine große Zahl von Fällen zu erwähnen. In erster Linie nenne ich den Einfluß gewaltiger Erschütterungen des Nervensystems: Schrecken, Angst, eine plötzlich mitgeteilte Trauerbotschaft u.s.w. . . Beispiele hierfür bietet die Wissenschaft genug und die Fälle, welche ich selbst beobachtet habe, lassen für mich in dieser Hinsicht keinerlei Scepticismus zu.- Wenn wir die von Schüttellähmung betroffenen Bewohnerinnen der Salpêtrière befragen, so haben viele von ihnen ihre Krankheit inmitten der politischen Stürme, welche unsere Heimat durchtobten, entstehen sehen. Ich will nur an die Frau eines Gendarmes erinnern, von welcher schon mehrmals die Rede war. Dieselbe begann nach einer heftigen Gemüthsbe-

wegung, welche durch die Ereignisse des Decembers 1851 veranlasst war, zu zittern. Ausser unseren eigenen Fällen will ich noch erwähnen:

1. einen Fall von HILLAIRET, welcher sich auf einen Mann bezog, der seines Sohnes Ermordung mit eigenen Augen ansah;

2. einen anderen, von OPPOLZER veröffentlichten Fall, welcher einen Wiener Bürger betrifft, der durch das Platzen einer Bombe an seiner Seite erschreckt wurde;

3. endlich einen dritten Fall, den VAN SWIETEN in seinen Schriften niedergelegt hat. Es handelt sich in diesem letzteren Fall um einen Mann, welcher durch einen fürchterlichen Donnerschlag plötzlich aufgeweckt wurde.

Es wäre leicht, weitere Beispiele beizubringen, würde aber zu dem eben Gesagten nichts Neues hinzufügen. Was zu wissen nöthig ist, ist das, dass bei allen diesen Kranken das Zittern unmittelbar oder beinahe unmittelbar auf die Einwirkung der Ursache folgte" (CHARCOT).

OPPENHEIM (1913) sagt zur Ätiologie dieser Krankheit: "Die Ursache läßt sich in der Mehrzahl der Fälle nicht nachweisen. Am sichersten verbürgt ist der Einfluss von Gemüthsbewegungen und Verletzungen. Andauernder Kummer wird zuweilen, häufiger noch ein heftiger Schreck beschuldigt . . . In einer meiner Fälle entwickelt es (das Krankheitsbild) sich im Anschluss an eine sehr schmerzhafte Extraktion des Weisheitszahnes - oder wurde wenigstens erst danach manifest . . ."

Vertretend für die Auffassungen im neueren Schrifttum sei die Ansicht SCHEIDs erwähnt, der bemerkt, daß eine Auslösung durch somatische Traumen, z.B. durch Gewalteinwirkungen auf

den Schädel, wissenschaftlich nicht begründet werden könne. Der Kranke werde dadurch oft nur erstmalig auf seine Symptome aufmerksam. - Eine Auslösung durch psychische Traumen wird in der neueren Literatur nicht diskutiert.

Zum TORTICOLLIS SPASTICUS und der TORSIONSDYSTONIE bemerkt SCHEID:" Die Hyperkinesen setzen entweder spontan oder nach verschiedenartigen Reizen ein, so vor allem im Zusammenhang mit affektiver Belastung . . . Mitunter wirken die Hyperkinesen wie psychogene Erscheinungen, zumal wenn der Kranke auf die ungemein störenden Bewegungsabläufe schließlich abnorm reagiert. Der Erfahrene weiß, daß psychogene Hyperkinesen im Hals- und Kopfbereich zu den Seltenheiten gehören. Daher verlangt diese Diagnose sorgfältige Überlegungen". Weiter führt er aus, daß über die zugrunde liegenden Krankheitsvorgänge so gut wie nichts bekannt sei. Bei der Torsionsdystonie seien degenerative Veränderungen im Putamen beobachtet worden. Manchmal heiße es, die ersten Symptome seien im Zusammenhang mit einem Infekt aufgetreten.

MÜLLER-HEGEMANN (1966) schreibt, daß beim Torticollis spasticus bei pathologisch-anatomisch faßbaren Veränderungen im Pallidum, Corpus Luysi und Niger eine vielfältige Ätiologie diskutiert werden müsse (Encephalitis epidemica, erblich, vasculär, bei Huntington und MS). Schließlich sei aber auch an die psychogene Form erinnert; wenn auch eine funktionell neurotische Form umstritten sei, so könnten doch affektive Belastungen den pathologischen Vorgang vermehrt in Gang setzen.

BING (1937) nennt in seinem Lehrbuch als auslösende Momente für Tics, Torticollis und lokale Muskelspasmen: "Seelische Erschütterungen, Schreckeinwirkungen, deprimierende Affekte."

Für eine psychogene Entstehung von Tics macht er eine "Enthemmung" der onto- und phylogenetisch alten Bewegungsapparate verantwortlich. Nach FOERSTER, GERSTMANN und SCHILDER sei eine angeborene oder erworbene Minderwertigkeit des Neostriatum die Vorbedingung für einen psychogenen Tic.

OPPENHEIM (1913) diskutiert in seinem Lehrbuch eingehend die Entstehung der "Neurosen bzw. Nervenkrankheiten ohne bekannte anatomische Grundlage", unter denen er auch Torticollis, Tics, Muskelkrämpfe und Muskelspasmen abhandelt.

Als "Ursache ersten Ranges" für die"Hysterie" - nach OPPENHEIM "Seelenleiden mit Anomalien des Charakters und der Stimmung mit einer fast unbegrenzten Zahl körperlicher Krankheitserscheinungen" - nennt er Gemütsbewegungen wie Schreck und Kummer. Er verweist auf Beobachtungen von STIRLIN bezüglich der ätiologischen Bedeutung psychischer Traumata, insbesondere auch bei großen Katastrophen. Es sei zu beachten, daß nicht alle durch derartige Gemütserschütterungen bedingten Erscheinungen und Symptomenkomplexe"hysterischen" Charakter hätten, sondern auch Psychosen und neurasthenische Zustandsbilder im Gefolge haben könnten.- BREUER und FREUD hätten darauf hingewiesen, daß psychische Traumen, die nicht zu einer die Seele entladenden Affektentladung führen, gewissermaßen latent in ihr fortwirken, die Stimmungslage beeinflussen und eine Konversion der Affekterregung in körperliche Phänomene bedinge derart, daß diese unabhängig von dem ursprünglichen Gefühlserlebnis werden.

Bei den "intimen Beziehungen" zwischen seelischen Vorgängen und den Gesichtsmuskeln seien häufig Krämpfe im Bereich der Gesichtsmuskeln zu beobachten. Der Facialiskrampf sei in sehr vielen Fällen psychogenen Ursprungs, indem er sich im Gefolge einer Gemütserschütterung oder andauernder Gemütsbewegung ent-

wickele. Gelegantlich eines Erdbebens habe er "mehrere Individuen mit Tic Convulsif befallen" sehen. Die Prognose sei zweifelhaft, da, wenn sich der Zustand einmal "eingewickelt" habe, die Aussicht auf Rückbildung gering sei.

Krämpfe im Bereich der Halsmuskeln befalle vorwiegend neuropathisch und psychopathisch belastete Individuen. Interessant ist dann folgende Bemerkung:"Beispiele der Art, indenen eine ursprünglich zweckmäßige Reflex- oder Abwehrbewegung zum Torticollis wird, finden sich bei RAYMOND-JANET, MEIGE-FEINDEL, SGOBBO u.a. "(1898).

Weiter führt er aus:" Es ist ferner nicht zu bezweifeln, daß den pathologisch fixierten Vorstellungen und Erinnerungsbildern entsprechende Zustände der motorisch-kinästhetischen Apparate zukommen, daß eine innige Verwandtschaft zwischen ihnen besteht und die lokalisierten Muskelkrämpfe gerade dadurch zustande kamen, daß ein emotioneller Vorgang, statt sich in der Psyche als Zwangserinnerung festzusetzen, sogleich auf die motorische Sphäre übergriff und sich durch einen motorischen Akt entlud. Ob auch die nachbarlichen Beziehungen, die allerdings hypothetische Lokalisation der psychischen Vorgänge und die Nackenmuskelzentren im Stirnlappen dabei eine Rolle spielen, mag dahingestellt bleiben."

Er erwähnt die Ansicht von BRESLER (N.C.1896), der die Tics als eine motorische Reaktion auf eine ursprüngliche psychische Abwehrbewegung oder als mimischen Krampf auffasse. Für die Mehrzahl aller Fälle (Muskelkrämpfe, Tics) träfe die in Übereinstimmung mit BRISSAUD entwickelte Deutung des Zustandes als eines psychomotorischen Leidens, einer zum Zwang gewordenen Ausdrucksbewegung zu. Was die Prognose anbelange, handele es sich um einenchronischen Zustand, der sich auf Jahre oder auch auf die ganze Lebenszeit erstrecke.

Interessant ist weiterhin die Theorie des Autors für die Symptombildung bei "traumatischen Neurosen". Er schreibt: "Nach unserer Auffassung sind traumatische Neurosen" (wobei mit"Traumen" insbesondere Auto- und Eisenbahnunfälle, Stürze und Verletzungen bei Erdbeben gemeint sind) . . . " eine Folge der psychischen und physischen Erschütterungen. Beide wirken vornehmlich auf das Großhirn und rufen molekulare Veränderungen in denjenigen Gebieten hervor, die die höher stehenden seelischen und die in Beziehung zu diesen stehenden motorischen, sensorischen und sensiblen etc./ Funktionen beherrschen. Damit können sich feinere materielle Läsionen (an den Gefäßwänden, Zerfall des Markes einzelner Fasern etc.) verbinden und die Grundlage einzelner Erscheinungen bilden. Aber auch ein die Körperperipherie treffendes Trauma kann dadurch auf das Großhirn wirken, daß die Erschütterung sich direkt in der Bahn der sensiblen Nerven auf dieses fortpflanzt und dieselben Veränderungen hervorruft, oder daß ein von einer Narbe ausgehender Reiz es dauernd beeinflußt . . . .Es ist daran zu erinnern, daß das Trauma gleichzeitig ein organisches Nervenleiden und eine Neurose im Gefolge haben kann, sodaß sich die Symptome dieser beiden differenten Krankheitsformen miteinander vereinigen."

"In den wenigen Fällen von traumatischer Neurose, in denen eine Atrophie des Sehnerven gefunden wurde, handelt es sich um eine Komplikation, indem das Trauma zugleich funktionelle und materielle Veränderungen hervorrief . . ."(OPPENHEIM 1913).

Abschließend seien noch einige jüngere Beiträge von PSYCHOSOMATISCHER Seite erwähnt:

V.v.WEIZSÄCKER (1947) schildert den Fall einer Patientin, die im September 1942 plötzlich und innerhalb weniger Stunden

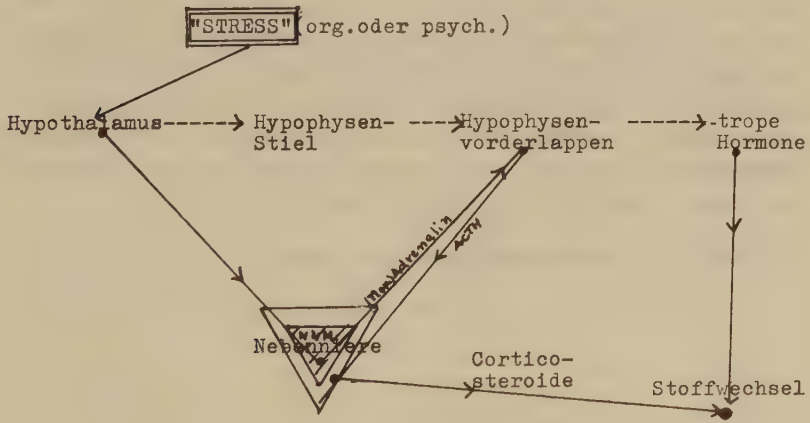
-wahrscheinlich infolge eines Schubes einer Encephalomyelitis disseminata- auf beiden Augen erblindete, nachdem sie einige Wochen zuvor erfahren hatte, daß ihr Sohn gefallen war. Der Ausspruch der Patientin, sie habe "zuviel geweint", deutet v.WEIZSÄCKER als "nur ein unbeholfenes Symbol des Gedankens: der Tod meines Sohnes hat auch mein Leben zu zerstören begonnen."

v.RODENBERG (1962) berichtet in einem Beitrag über "Psychische Faktoren bei einigen motorischen Störungen" (Tic, Torticollis, Schreibkrampf, Tremor, Gangstörungen) in der Zeitschrift für Psychosomatische Medizin über entsprechende Auffassungen verschiedener Autoren. Nach der Ansicht von GERARD handele es sich um plötzliche, erschreckende Erlebnisse, die normalerweise lebhafte motorische Reaktionen wie Schreien, Weglaufen, Wutausbrüche auslösen würden. Diese natürlichen Reaktionen seien aber den an Tic erkrankenden Personen nicht möglich. BORMANN habe Tics nach Fliegerangriffen auftreten sehen, DISHOEK und STEKEL bei einem Patienten nach aggressiver Auseinandersetzung mit seinem Vorgesetzten. Bei DÜHRSSEN werde das Einsetzen der Menarche bei einem unaufgeklärten und unvorbereiteten Mädchen als auslösende Situation beschrieben.

D. Deutung, Ausblick.

Zu Beginn dieser Arbeit wurde die Frage nach dem "Wie" seelisch-leiblicher Zuordnungen insbesondere auch im Zusammenhang mit einer Krankheitsentstehung im Sinne der KATAGENESE gestellt. Danach wirkt ein scharf begrenztes psychisches oder somatisches Trauma anstoßend auf die Krankheitsmanifestation, ohne aber, nach dem derzeitigen Stand der Forschung, ein pathogenetisch wirksames Substrat erkennen zu lassen. Es wurden Verläufe derartiger Krankheitsauslösungen beschrieben. In jedem Fall jedoch blieben die Umsetzungsmechanismen psychisch-somatischer Abläufe sowie derjenigen im rein somatischen Bereich -eine somatische Grundlage der endogenen Psychosen vorausgesetzt- letztlich ungeklärt.

Setzen wir die psycho- bzw. somatotraumatische Situation gleich mit dem von SELYE (1936) geprägten Begriff des "STRESS", so finden wir bei ALEXANDER (1951) ein von SELYE entwickeltes und nach den Arbeiten von LONG und SAWYER (1949) modifiziertes Schema über den hypothetisch dargestellten Ablauf folgender Regulationsmechanismen bei Eintritt dieser Situation:



Es handelt sich um eine Koppelung von neuralen und humoralen Mechanismen: Der "STRESS", organischer oder psychischer Art, reizt den Hypothalamus, woraus resultiert erstens eine Erregung des sympathischen Nervensystems und Freisetzung von Adrenalin/Noradrenalin aus dem Nebennierenmark und zweitens eine Ausschüttung eines neurohumoralen Wirkstoffes aus dem Hypothalamus. Als Folge davon kommt es zu einer Reizung des Hypophysenvorderlappens, welche die Sekretion der tropen Hormone steigert, sodass insbesondere die Hormone der Nebennierenrinde und der Schilddrüse vermehrt ausgeschüttet werden und den Stoffwechsel entsprechend stimulieren.

Zur Frage des"Stressors" führt SELYE (1953) aus:

"Die grundlegenden Forschungen von RICKER, REILLY und SPERANSKY richten unsere Aufmerksamkeit auf das Nervensystem als ein wichtiges Bindeglied in der Pathogenese ganz allgemein. Unsere Arbeit über das Adaptationssyndrom hat diesen Punkt erneut hervorgehoben, weil sie zeigte, daß Nervenreizung ein außerordentlich starker Stressor ist. Rückenmarksdurchschneidung, psychischer Stress, Hypothalamusschädigungen, sie alle neigen dazu, +) A-A-S-Bilder hervorzurufen -was andere Agentien in ähnlicher Weise tun, aber nicht mit dieser ungewöhnlichen Intensität. Das mag daran liegen, daß das Nervensystem durch seine weitverzweigten Verbindungswege leicht große Körpergebiete affizieren kann, selbst wenn der Körper nur an einer Stelle geschädigt ist . . . Es wäre bestimmt eine große Bereicherung, wenn man die mannigfachen Verbindungen, die im Stress zwischen den großen koordinativen Systemen des Körpers -dem nervösen und dem humoralen Systembestehen, näher klären könnte." (SELYE, 1953)

+) A-A-S = Allgemeines Adaptationssyndrom

Das gesamte vorstehend dargestellte hypothetische Schema übertragen auf eine katagenetische Krankheitsmanifestation würde zusätzlich das Postulat notwendig machen, daß die einmal in Gang gesetzten Mechanismen, in der Streßsituation notwendig und sinnvoll als Alarm- und Anpassungsreaktion des Körpers, auch nach Wegfall des schädlichen Reizes -und somit sinnlos- eigenständig weiter ablaufen.

Damit wäre grundlegend eine Deutung des Phänomens gegeben, wobei die vermuteten Störungsmechanismen lediglich im großen Zusammenhang hypothetisch aufgezeigt werden können, die spezifischen Wechselwirkungen zwischen neuralen und humoralen Mechanismen jedoch noch weiterer Forschung und Klärung bedürfen.

Das wesentliche Anliegen der Arbeit ist mit den katamnestischen Erhebungen, dem Hinweis auf Bezugspunkte im älteren und neueren Schrifttum und der im Grundriß gegebenen hypothetischen Deutung der vermuteten organischen Abläufe erfüllt. Es wird weiterer und umfassenderer Forschungen bei einer Zusammenarbeit mehrerer Disziplinen bedürfen, um das Phänomen der KATAGENESE, von LOPEZ IBOR in eindrucksvoller Weise aufgezeigt, in seiner Art rätselhaft und anziehend, zu erforschen, wozu die eigene Arbeit nur anregend beitragen kann.

E. Zusammenfassung

Der Begriff der KATAGENESE wurde geprägt von J.J.LOPEZ IBOR und in PSYCHIATRIE DER GEGENWART (1963) im Rahmen seines Beitrages über die PSYCHOSOMATISCHE FORSCHUNG in das Fachschrifttum eingeführt.

Dem Problem der KATAGENESE liegt zugrunde der Begriff der PSYCHOGENESE, wobei KATAGENESE eine spezifische Form einer Krankheitsentstehung durch scharf begrenzte, konflikthafte Erlebnisse bedeutet; die Symptomatik der Erkrankung steht zunächst in einer symbolischen Beziehung zur auslösenden Gemütsbewegung, jedoch läuft der Morbus später völlig eigengesetzlich ab.

Dieser KATAGENESE-Begriff wurde erweitert von SPIEGELBERG (1966), welcher einer PSYCHO-KATAGENESE im Sinne von LOPEZ-IBOR eine SOMATO-KATAGENESE gegenüberstellt, d.h. eine Auslösung von Krankheiten durch physische Traumen. Dieser erweiterte KATAGENESE-Begriff wurde zur Grundlage der Arbeit gemacht.

In einem kurzen medizinhistorischen Überblick wurde eine Darstellung gegeben über Wandlungen des Problems einer Krankheitsentstehung bzw. -auslösung in den einzelnen Epochen der Geschichte.

Die Methode der eigenen Untersuchungen bestand in einer explorativen Fragebogen-Technik im Rahmen einer größer angelegten PSYCHOSOMATISCHEN STUDIE an einem stationären Beobachtungsgut der Universitäts-Nervenklinik Marburg, deren Ergebnis insgesamt multifaktoriellen rechnerisch-statistischen Ana-

lysen zugeführt werden soll. Es wurden 100 Patienten untersucht, davon 50 Patienten der neurologischen und 50 Patienten der psychiatrischen Abteilung, je zur Hälfte Männer und Frauen. Dabei ergab sich in 19 Fällen eine Krankheitsmanifestation im Sinne des erweiterten Katagenese-Begriffes (LOPEZ IBOR-SPIEGELBERG), wobei eine Differenzierung in 9 Kern- und 10 Randfälle erfolgte; die Kernfälle gliedern sich wiederum in 4 Psycho- und 5 Somato-Katagenesen, die Randfälle in 4 psycho- und 6 somato-katagenetisch ausgelöste Erkrankungen. Es kamen in 15 Fällen psychopathologische Syndrome, in einem Fall psychosomatische und in 3 Fällen neurologische Störungen zur Beobachtung. In der Gruppe der Psycho-Katagenesen wurden Beziehungen zur primären Persönlichkeitsstruktur aufgezeigt, welche diese besondere Art einer Erlebnisverarbeitung zuzulassen scheinen, während derartige Korrelationen bei den Krankheitsmanifestationen im Sinne der Somato-Katagenese nicht ersichtlich sind.

Das Literaturreferat befasst sich mit der Darstellung von Bezugspunkten im älteren und neueren Schrifttum bei inneren, psychosomatischen, psychiatrischen und neurologischen Krankheiten, welche eine Deutung im Sinne der Katagenese zulassen.

Abschließend wird zur Erforschung des Problems eine von SELYE für den Stressbegriff entwickelte und von ALEXANDER nach Arbeiten von LONG und SAWYERS modifizierte Arbeitshypothese über die vermuteten organischen Abläufe zur Diskussion gestellt.

L I T E R A T U R

1. ACKERKNECHT: Das Reich des Asklepios -1963-

2. " : Kurze Geschichte der Medizin -1959-

3. ALEXANDER: Psychosomatische Medizin-1951-

4. v.ALSEN u.ECKMANN: Depressive Bilder in der zweiten Lebenshälfte; Archiv f.Psychiatrie, 201, 1961; S.453-501;

5. ASKEVOLD: Studies in ulcerative Colitis Zentralblatt f.d.ges.Neurologie u.Psychiatrie, 180, 1965, S.295;

6. ASSAL and AVROUSKINE: Hysterectomie: a psychosomatic case study; Zentralblatt f.d.ges.Neurologie u.Psychiatrie, 173, 1963, S. 310

7. AUBERT et PEINGNE: Deux observations d'anorexie mentale masculine; Zentralblatt f.d. ges.Neurologie u.Psychiatrie, 180, 1965, S.294;

8. v.BALTRUSCH: Leukämien und andere maligne Erkrankungen des haematopoetischen, lymphatischen und reticulo-endothelialen Systems in psychos.Sicht; Zeitschrift für psycho-somatische Medizin, 8, 1962, S.12-23;

9. BANSI: Krankheiten der Schilddrüse; Handbuch der Inneren Medizin, 1955, S. 457-923;

10. BINDER: Die psychopathischen Dauerzustände und die abnorm seelischen Reaktionen und Entwicklungen; Psychiatrie der Gegenwart, Bd. II, 1963, S.180-203;

11. BING: Lehrbuch der Nervenkrankheiten-1937-

12. BIRNBAUM: Geschichte der psychiatrischen Wissenschaft; Bumkes Handbuch der Geisteskrankheiten, Bd.I,1928,S.11-49;

13. " : Psychogen: Handwörterbuch der Medizinischen Psychologie-1930-

14. BLEULER: Akute psychische Begleiterscheinungen körperlicher Krankheiten -1966-

15. " : Endokrinologische Psychiatrie-1954-

16. BOCHNIK: Faktoren nichtpsychotischer Erschöpfungs- und Versagenszustände;Probleme phasischer Psychosen, Stuttgart, 1961, S. 35;-Forum der Psychiatrie-

17. " : Multifaktorielle klinische Forschung -1964-

18. BOSS: Einführung in die Psychosomatische Medizin -1954-

19. BOSTROEM: Zur Frage der verworrenen Manie; Archiv für Psychiatrie, 76,1926, S. 671-703;

20. BÜRGER-PRINZ: Probleme der phasischen Psychosen, 1961, S.1-14;-Forum der Psychiatrie-

21. CASPARY, FIELD and BALL: Antibody studies in multiple sclerosis and experimental "Allergic" encephalomyelitis; Zentralblatt f. d.ges.Neurol.u.Psychiatrie, 180, 1965, S. 281;

22. CHARCOT: Klinische Vorträge über Krankheiten des Nervensystems -1874-

23. DIEPGEN: Geschichte der Medizin-1949 u.1955-

24. " : Medizin und Kultur-1938-

25.EWALD: Neurologie und Psychiatrie-1954-

26. GRAFE: Der Diabetes mellitus des Menschen; Handbuch der Inneren Medizin, 1955, S.102-337;

27. HAMPERL: Drüsen mit innerer Sekretion; Lehrbuch der allg. Pathologie und der pathol. Anatomie, 1960,S.367-400;

28. HAU: Psychodynamische Faktoren bei Angina pectoris; Zeitschr. für Psycho-somatische Medizin, 10, 1964, S.26-36;

29. HEILMEYER: Krankheiten des endokrinen Systems; Lehrbuch der Inneren Medizin,1960, S. 997-1127;

30. HEYER: Das körperlich-seelische Zusammenwirken in den Lebensvorgängen-1925-

31. HOCH: Psychotische Episoden bei Asthmatikern, Zeitschrift f.psycho-somatische Medizin, 11, 1965, S.22-36;

32 HOFSTÄTTER: Einführung in die Sozialpsychologie -1963-

33. HUEBSCHMANN: Psyche und Tuberkulose -1952-

34. IERODIAKONOU and ROUTSON: Psychopathological observations on anorexia nervosa with psychogenic vomiting; Zentralblatt f.d.ges.Neurol. und Psychiatrie, 174, 1964, S.95;

35. JACOB: Wandlungen, Möglichkeiten und Grenzen der klinisch psychiatrischen Exploration; Randzonen menschlichen Verhaltens; 1962, Festschrift für Hans BÜRGER-PRINZ;

36. JACOB: Wandlungen und Probleme der ärztlichen Fragemethoden und -techniken in der Praxis-1966-

37. " Differentialdiagnose perniciöser Involutionspsychosen; Archiv f. Psychiatrie, 201, 1960, S.17-47;

38. JASPERS: Gesammelte Schriften zur Psychopathologie-1963-

39. JORES: Der Mensch und seine Krankheit-1956-

40. KÄSTNER, E.: Ölberge, Weinberge-1957-

41. KIRCHHOFF: Geschichte der Psychiatrie; Aschaffenburgs Handbuch der Psychiatrie, 1912, S.3-48;

42. KORNHUBER: Über die Auslösung cyclothymer Depressionen nach seelischen Erschütterungen, Archiv f. Psychiatrie, 193, 1955, S. 391-405;

43. KRETSCHMER;E.: Der sensitive Beziehungswahn-1966-

44. " : Medizinische Psychologie-1963-

45. KÜTEMEYER: Körpergeschehen und Psychose-1953-

46. LEIBBRAND: Kompendium der Medizingeschichte -1965-

47. " : Heilkunde -1953-

48. " : Romantische Medizin-1937-

49. LOPEZ-IBOR: Psychosomatische Forschung; Psychiatrie der Gegenwart, Bd.II, S.77-133, 1963;

50. " : Die Psychiatrie und das Problem der zwei Kulturen; Documenta Geigy, Notizen vom IV. Weltkongress f.Psychosomatik in Madrid, 1966;

51. LOPEZ-IBOR: Über die pathologische Angst; Fortschritt f.Neurologie u.Psychiatrie, 28, 1960, S. 556-571;

52. " : The structure of neuroses; Zentralblatt f.d.ges.Neurologie u.Psychiatrie, 173, 1963, S.310;

53. MATUSSEK, HALBACH u. TROEGER: Endogene Depression; eine statistische Untersuchung unbehandelter Fälle, 1965;

54. MEYER, H.H.: Statistisches zur Frage der Auslösung endogener Psychosen durch akute körperliche Erkrankungen oder Generationsvorgänge; Nervenarzt, 24, 1953, S. 498-500;

55. MÜLLER-HEGEMANN: Neurologie und Psychiatrie -1966-

56. NESTLE: Griechische Geistesgeschichte-1956-

57. OPPENHEIM: Lehrbuch der Nervenkrankheiten -1913-

58. PAULEIKOFF: Über die Auslösung endogener depressiver Phasen durch situative Einflüsse, Archiv f. Psychiatrie, 198, 1959, S. 456-470;

59. PETRILOWITSCH: Zur Klinik und nosologischen Stellung der "erstarrenden Rückbildungsdepression"; Archiv f.Psychiatrie, 198, 1959, S.5o6-522;

60. " : Beitrag zur Frage der Provokation endogener Psychosen durch exogene Schäden, Archiv f. Psychiatrie, 198, 1959, S. 399-4o4;

61. v.RODENBERG: Psychische Faktoren bei einigen motorischen Störungen; Zeitschrift f. psycho-somatische Medizin, 8, 1962, S. 77-94;

62. ROHR: Beitrag zur Kenntnis der sogenannten schizophrenen Reaktion; Archiv f. Psychiatrie, 201, 1961, S. 626-647;

63. SCHEID: Über gastrogene Geistesstörungen; Nervenarzt, 11, 1938, S. 568-576;

64. " : Die sogenannten symptomatischen Psychosen, ihre Stellung im System der Psychiatrie und ihre psychopathologischen Erscheinungen; Fortschritt f. Neurologie u.Psychiatrie, 28, 1960, S. 131-144;

65. " : Lehrbuch der Neurologie-1963-

66. SCHNEIDER, K.: Klinische Psychopathologie-1966-

67. SCHULTZ, J.H.: Grundfragen der Neurosenlehre-1955-

68. SCHULTZ-HENCKE: Lehrbuch der analytischen Psychotherapie-1951-

69. SPERLING: Beitrag zur Frage eines "psychogenen" Todes bei Magersucht; Prax.Psychoth. 9, 1964, S. 25-31;

70. SPIEGELBERG: Zum Problem der Psychogenie; Randzonen menschlichen Verhaltens, Festschrift für Hans Bürger-Prinz,1962;

71. " : Diskussionsvortrag bei dem Symposion über Psychosomatische Medizin; IV. Weltkongress f. Psychiatrie, Madrid, 5.-11.9.1966;

72. SPIEGELBERG: Über Beziehungen endogener Psychosen zu körperlichen Frankheiten; Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie, 23, 1955, S.221-248;

73. " : Zur Psychosomatik des Ulcus peptikum und der Colitis ulcerosa; Befinden und Symptom, 1964, S.97-111;

74. " : Zur Psychosomatik des Syndrom-Wechsels; Zeitschrift f. Psychotherapie, 16, 1966, S. 1-13;

75. " : Probleme psychosomatischer Symptombildung am Beispiel der Colitis ulcerosa; Actas Luso-Espanolas de Neurologia y Psyquiatria, Madrid, Vol. XXV, Numero 1, S. 1-11;

76. " : Kombinierte Behandlung psychosomatischer Krankheitszustände; Separatum, 1966, S. 198-208;

77. " : Therapie mit Psychopharmaca bei Funktionsstörungen der Verdauungsorgane, Hippokrates, 37, 1966, S. 216-227;

78. " : Colitis ulcerosa in psychiatrisch-neurologischer Sicht-1965-

79. STAEHELIN: Psychosomatische Aspekte bei Hyperthyreose; Schwz.Med.Wochenschrift, 94, 1964, S.1054-1059;

80. TAMARIN: Beobachtungen an Asthma- und Psoriasiskranken, Zeitschr.f.psychosomat. Medizin, 9, 1963, S.26-30;

81. WALTER: Über manisch-depressive Psychosen nach stumpfen Hirntraumen; Nervenarzt 24, 1953, S. 493-500;

82. WEITBRECHT: Stand der endogenen Psychosen; Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie, Heft 3, 1966, S.163-174;

83. " : Kritik der Psychosomatik-1955-

84. " : Exogene Einflüsse bei endogenen Psychosen; Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie, Heft 17, 1949, S. 437-481;

85. " : Psychiatrie im Grundriss -1963-

86. " : Depressive und manische endogene Psychosen; Psychiatrie der Gegenwart, Bd. II, 1960, S. 73-118;

87. v.WEIZSÄCKER: Studien zur Pathogenese -1946-

88. v.WEIZSÄCKER, SIEBECK, SCHULTZ-HENCKE: Über seelische Krankheitsentstehung -1940-

89. v.WEIZSÄCKER: Fälle und Probleme-1947-

90. WINDELBAND: Lehrbuch der Geschichte der Philosophie-1957-

91. WINZENRIED: Beziehungen körperlicher Erkrankungen zu endogenen Psychosen; Probleme phasischer Psychosen, Forum der Psychiatrie, 1961, S. 24-34;

L e b e n s l a u f

Am 18. Oktober 1932 wurde ich als zweites Kind des Tischlermeisters Heinrich Welter und seiner Ehefrau, Klara Welter geb. Wilhelmi, in Solingen geboren. Meine Kindheit verlebte ich mit meinen fünf Geschwistern im Hause meiner Eltern in Solingen.

Von 1939 bis 1943 besuchte ich eine Volksschule, im Anschluß daran ein Mädchengymnasium in Solingen. Durch die Kriegswirren blieb ich jedoch von 1943 bis 1945 fast ohne Unterricht. Im Jahre 1951 verließ ich das Mädchengymnasium mit dem Zeugnis der Mittleren Reife und absolvierte eine Banklehre bei der Deutsche Bank AG, Filiale Solingen, da ein Hochschulstudium aus wirtschaftlichen Gründen zu diesem Zeitpunkt nicht möglich war. Nach abgeschlossener Lehre besuchte ich neben meiner Berufstätigkeit als Bankangestellte von 1954 bis 1958 das Städtische Abendgymnasium in Wuppertal, wo ich am 21. Oktober 1958 das Abitur bestand. Im Sommersemester 1961 begann ich dann mit dem Studium der Medizin in Marburg a.d.Lahn, legte im WS 1964 das Physikum ab und bestand am 19. Dezember 1967 das Medizinische Staatsexamen. Z.Zt. bin ich tätig als Medizinalassistentin an der Universitäts-Nervenklinik in Marburg.

Herrn Professor Dr. med. Spiegelberg danke ich sehr für die freundliche Überlassung des Themas dieser Arbeit und für die bereitwillige Unterstützung, die er mir bei der Erstellung der Arbeit zuteil werden werden ließ.

Herrn Professor Dr. med. Jacob danke ich für die freundliche Übernahme des Correferats.

Weiterhin danke ich den Stationsärzten der Klinik für die Überlassung der Patienten und den Pflegern für die hilfreiche Bereitstellung der Krankengeschichten.

Meine akademischen Lehrer waren die Herren Professoren und Dozenten:

Amon, Beckmann, Berendes, Bickel, Bommer, Braun-Falco, Buchholz, Bücher, Brück, Dimroth, Dittrich, Drawert, Exner, Ganz, Gedigk, Grebe, Hamm, Hensel, Herrmann, Heuser, Hildebrandt, Hohorst, Jacob, Klingenberg, Knauff, Lang, Linneweh, Mahr, Mann, Martini, Marx, Mattes, Neubauer, Nissing, Peters, Petry, du Mesnil de Rochemont, Rohen, Sauer, Seidel, Siegert, Schleyer, Schmid, Schrappe, Schwaiger, Spiegelberg, Traub, Streicher, Vogt, Walcher, Wendt, Würterle.